

**EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA,  
NECESARIAS PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES  
INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAMU  
LA GRANJA. MONTERÍA, 2011**

**HILDA CECILIA ARRIETA SEVERICHE  
LEYDA SOFÍA IBARRA GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ENFERMERÍA VIII SEMESTRE  
MONTERÍA-CÓRDOBA**

**2011**

**EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA,  
NECESARIAS PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES  
INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAMU  
LA GRANJA. MONTERÍA, 2011**

**HILDA CECILIA ARRIETA SEVERICHE  
LEYDA SOFÍA IBARRA GÓMEZ**

**Trabajo de grado como requisito para obtener el título de Enfermera**

**Asesor metodológico  
ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO  
Doctor en Salud Pública**

**Asesor temático  
ELSY PUELLO ALCOCER.  
Especialista en Salud Ocupacional**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ENFERMERÍA VIII SEMESTRE  
MONTERÍA-CÓRDOBA**

**2011**

Nota de aceptación:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Cuidad ----- Fecha (día/mes/año) -----

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, mi padre ejemplar, que me dio sabiduría y fuerzas para llevar a cabo este arduo trabajo.

A mi Madre, por su paciencia y constante dedicación. Gracias por tu ejemplo, por tu tierna compañía e inagotable apoyo.

A Lambertino, que llegó a vida como una bendición, y que me brindó todo su apoyo. Gracias por compartir conmigo este logro, gracias por el cariño y la paciencia.

A mis amigos y familiares que confiaron plenamente en mí, gracias por estar conmigo. A mis compañeros, por que se que de una u otra manera, anhelaron este sueño, que hoy se convierte en una realidad, los quiero mucho, que bendición culminar esta etapa con ustedes.

A mis asesores Elsy Puello y Álvaro Sánchez, por su entrega y dedicación, y por cada bendición impartida en todo este proceso. Gracias.

A Elías Ospino, técnico en mantenimiento de computadores e impresoras por su incansable colaboración. Gracias y bendiciones para ti y para tu familia.

Leyda Ibarra

A Dios, a mis padres y amigos por su apoyo y colaboración durante todos estos años, para que mi sueño, hoy sea una realidad. Gracias.

A mis asesores, Álvaro Sánchez y Elsy Puello, por su tiempo y dedicación, que permitió la culminación de este trabajo. Gracias.

Hilda Arrieta

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. OBJETIVOS	14
a. OBJETIVO GENERAL	14
b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2. MARCO REFERENCIAL	15
2.1 ENVEJECIMIENTO	15
2.1.1. Aspectos conceptuales del envejecimiento	22
2.1.2. Aspectos sociodemográficos del envejecimiento	11
2.2. CAPACIDAD FUNCIONAL	15
2.3. ÍNDICE DE BARTHEL	20
2.3.1. Aspectos conceptuales del índice de Barthel	20
2.3.2. Aspectos históricos del índice de Barthel	21
2.3.3. Interpretación del Índice de Barthel	25
2.4. AUTOCUIDADO	27
2.4.1. Generalidades del autocuidado	26
2.4.2. Autocuidado en el adulto mayor	31
2.4.3. Cuidado de Enfermería al adulto mayor	34
2.5 ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS	36
2.6 ENFERMEDADES CRÒNICAS EN EL ADULTO MAYOR:	
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	40

3. DISEÑO METODOLÓGICO	47
a. TIPO DE ESTUDIO	47
b. POBLACIÓN Y MUESTRA	47
i. Población	47
ii. Muestra	47
c. UNIDAD DE ANÁLISIS	47
d. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	47
e. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	47
f. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	48
g. CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
h. PRUEBA PILOTO	48
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	49
5. CONCLUSIONES	75
6. RECOMENDACIONES	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	89

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO A. Encuesta	89
ANEXO B. Índice de Barthel	91
ANEXO C. Consentimiento informado	93
ANEXO D. Formato de tabulación	94

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Distribución por sexo de los adultos mayores del CAMU La Granja	49
Tabla 2. Distribución de los adultos mayores del CAMU La Granja por rangos de edad	51
Tabla 3. Nivel socioeconómico de los adultos mayores	53
Tabla 4. Ingreso económico mensual, de los adultos mayores en base al salario mínimo legal vigente (SMLV)	54
Tabla 5. Nivel educativo de los adultos mayores	56
Tabla 6. Estado civil de los adultos mayores	57
Tabla 7. Conocimiento de los adultos mayores, sobre la Hipertensión Arterial	59
Tabla 8. Opinión de los adultos mayores acerca del cumplimiento de los cuidados que requiere la hipertensión arterial	61
Tabla 9. Conocimiento de los adultos mayores sobre autocuidado	62
Tabla 10. Puntualidad en los controles de Hipertensión Arterial	63
Tabla 11. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial	64



Tabla 12. Importancia que los adultos mayores le dan a los dolores de cabeza	65
Tabla 13. Consumo de alimentos altos en sal por parte de los adultos mayores	66
Tabla 14. Consumo de café por parte los adultos mayores	66
Tabla 15. Realización de ejercicio físico por parte los adultos mayores	68
Tabla 16. Capacidad funcional de los adultos mayores de los adultos mayores	69
Tabla 17. Capacidad para lavarse de los adultos mayores	71
Tabla 18. Capacidad para trasladarse	73
Tabla 19. Capacidad para utilizar los escalones de los adultos mayores	73

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar las actividades básicas de la vida diaria, necesarias para el autocuidado de los adultos mayores inscritos en el programa de hipertensión arterial del CAMU La Granja. Montería, 2011. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo–transversal en 20 personas de 60 años y más inscritas en el programa. Se aplicó el Índice de Barthel y el instrumento elaborado por las investigadoras. **Resultados:** El 90% de la población son mujeres, la edad oscila entre 60 y 100 años. El 65% pertenecen al estrato II y el 40% cuenta con ingresos económicos iguales a un salario mínimo legal vigente, y el 35% son analfabeta. El 5% presenta dependencia total. El 70% conoce acerca de la patología, y considera difícil cumplir con los cuidados que ésta requiere. El 65% no sabe que es autocuidado; sin embargo, de forma natural realizan acciones para el cuidado de la salud. El 80% asiste puntual a los controles de Hipertensión Arterial, el 75% cumple el tratamiento farmacológico, y el 90% consume una dieta adecuada. **Conclusiones:** Enfermería ha de considerar la aplicación del Índice de Barthel al realizar una valoración integral para elaborar planes de cuidado que permita al enfermero(a) direccionar las intervenciones en las personas de edad avanzada.

**Palabras claves:** Actividades de la vida diaria, Índice de Barthel, autocuidado, envejecimiento, Hipertensión Arterial.

## ABSTRACT

**Objective:** Evaluate the basic activities of daily living that the older adults need to self care. Enrolled in the Hypertension Program of CAMU La Granja from Monteria.

**Methods:** cross-sectional descriptive study in 20 people aged 60 and older. The Index Barthel and the instruments fabric for people of the research was utilized.

**Results:** the 90% of the population is women, aged between 60 and 100 years. 65% belong to a medium social status and only 40% have an income equal to a legal minimum wage. 35% are illiterate. The 5% showed total dependence. 70% have some knowledge about this pathology, and they find it difficult to meet care that it requires. 65% do not know about self care, but they perform regular actions for health care by their own. 80% attends punctually to hypertension controls, 75% comply with drug treatment, and 90% eat a proper diet.

**Conclusions:** Nursing has to consider the application of the Barthel Index for the development of an integral assessment for realize care plans; that allows to the nurse interventions to be addressed in older people.

**KEY WORDS:** Activities of daily living, Barthel Index, self-care, elderly, aging, Hypertension.

## INTRODUCCIÓN

En “los últimos 30 años la pirámide poblacional de Colombia ha tenido cambios significativos y muestra tendencia al incremento de la población adulto mayor como resultado del desarrollo del país, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la fecundidad y el cambio en el estado y la estructura de salud”<sup>1</sup>, por tanto es indispensable que en la actualidad a esta población de adultos mayores, se le realice una exhaustiva evaluación y un adecuado manejo de su cuidado integral, por ser éste un colectivo humano vulnerable que en esta etapa de la vida experimenta una serie de cambios a nivel fisiológico, psicológico, social y físico, que con frecuencia van acompañados de patologías crónicas asociadas al proceso de envejecimiento; por ello nace la necesidad, que sus cuidadores, familia, instituciones geriátricas y en especial los profesionales de enfermería, conozcan y den importancia a la necesidad de evaluar el grado de dependencia que tiene su objeto de cuidado, logrando según Hernández<sup>2</sup>, ser autónomos en la toma de decisiones al momento de realizar una valoración, lo cual permite guiar las intervenciones de enfermería para brindar de este modo, un cuidado integral a la persona en edad avanzada.

Del mismo modo se tiene que la atención al adulto mayor sano o enfermo, requiere del apoyo institucional y de un equipo de salud preparado para enfrentar el desafío de una población que crece vertiginosamente.

---

<sup>1</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. [En línea]. 2008. (consultado el 01 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_5.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_5.pdf). p. 2.

<sup>2</sup> HERNANDEZ CORRAL, Sandra, *et al.* Valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una práctica avanzada de enfermería. [En línea]. (consultado el 06 de enero de 2012). Disponible en internet: [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_10.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_10.pdf) P. 1.

En esta investigación, se pretende resaltar la importancia de la aplicación del índice de Barthel como uno de los instrumentos esenciales y eficaces que permite al profesional de enfermería, evaluar la capacidad funcional del adulto mayor, proporcionando información valiosa para la elaboración de planes de cuidado y de rehabilitación; sabiendo que “si quienes asumen el rol de cuidadores, formales o familiares, conocen la naturaleza y la magnitud de los cambios operados en las personas de edad avanzada, podrán orientar de una mejor manera las acciones de cuidado con ellos”<sup>3</sup>, debido a que “la atención domiciliaria integra elementos, producto del cambio en el paradigma filosófico surgido en la Atención Primaria: la promoción de la salud, la educación, la asistencia a la familia como pilar básico en el proceso de salud-enfermedad”<sup>4</sup>.

El conocimiento, la intervención y el cuidado oportuno en el fortalecimiento de las actividades básicas de la vida diaria, disminuye posibles complicaciones que pueden limitar la realización de estas y el cumplimiento de las funciones de un individuo dentro de una comunidad. En este sentido “hacer un buen diagnóstico de la capacidad funcional puede constituirse en la clave del éxito en la atención del anciano”<sup>5</sup>. De acuerdo a esta misma línea, se hace necesario entonces, valorar las acciones de autocuidado que este grupo poblacional ejecuta a diario para lograr mantener un estado de salud óptimo, que le permita tener una mejor calidad de vida.

---

<sup>3</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 3.

<sup>4</sup> SALAZAR AGULLO, M. Los cuidados a domicilio en Andalucía. Una aproximación desde la Enfermería Comunitaria. [En línea]. 1992. (Consultado el 19 de Marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/2/0306.php>. p. 1.

<sup>5</sup> JÁUREGUI REINA, César y SUÁREZ CHAVARRO, Paulina. Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad. Enfoque en Salud familiar. 2a ed. España: Editorial medica panamericana, 2004, p 391. ISBN 9789589181898.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar las actividades básicas de la vida diaria, necesarias para el autocuidado de los adultos mayores inscritos en el programa de hipertensión arterial del CAMU La Granja. Montería, 2011.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las características socio demográfica de los adultos mayores.
- Determinar la capacidad de los adultos mayores, para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Evaluar el grado de conocimiento de los adultos mayores sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial.
- Identificar las acciones de autocuidado realizadas por los longevos.

## 1. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 ENVEJECIMIENTO

#### 2.1.1 Aspectos conceptuales del envejecimiento

Al iniciar el abordaje conceptual acerca del envejecimiento, es importante aclarar, que para el desarrollo del presente trabajo, se establece analogía de los términos “adulto mayor”, “geronte”, “senescente”, “anciano” o “longevo” y se emplean indistintamente con el mismo significado sin ningún tipo de discriminación y hacen referencia al envejecimiento.

El abordaje temático inicia haciendo precisión acerca del concepto de vejez, el cual es “un estado caracterizado por la pérdida de capacidad de la persona para adaptarse a los factores que influyen en ella”<sup>6</sup>. En ese sentido “la vejez es una etapa vital, basada en el reconocimiento que el transcurrir del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas anteriormente, semejante a otras etapas vitales como pueden ser la niñez, la adolescencia”<sup>7</sup>; de ahí que “la vejez constituye una etapa más de la experiencia humana y por lo tanto puede y debe ser positiva y de desarrollo individual y social”<sup>8</sup>; Así mismo, el envejecimiento es una etapa vital y normal de la vida, ésta inicia desde la fecundación y termina con la muerte.

---

<sup>6</sup> CASTANEDO P, Cristina, *et al.* Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. [En línea]. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap1.pdf>, p. 3.

<sup>7</sup> ANTUÑA, Lidia. La vejez, una etapa vital del desarrollo humano. [En línea]. 2001. (Consultado el 19 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.geragogia.net/editoriali/vejez.html>, p. 1.

<sup>8</sup> *Ibíd.* p. 1.

Poetas como Denis<sup>9</sup> consideran la vejez como el otoño de la vida; en su último declive, es su invierno, es la que recapitula todo el libro de la vida, resume los dones de otras épocas de la existencia, sin tener las ilusiones, las pasiones, ni los errores. Desde esta perspectiva se puede considerar la vejez como el manual de la experiencia y la sabiduría, hecho que la hace grande, merecedora de respeto, admiración y cuidado.

El envejecimiento, también puede definirse como el “conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”<sup>10</sup>.

Desde la perspectiva anterior se puede considerar al envejecimiento como “todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte”<sup>11</sup>.

De igual forma se puede considerar que al estar acompañada de diversos cambios a nivel físico, psicológico, social y funcional, esta etapa de la vida representa un reto para cada una de las disciplinas asociadas en este campo de acción, para brindar a este colectivo humano una mejor calidad de vida, dependiente del entorno que lo rodea y de sus cuidadores principales; no olvidando la estrecha relación que tiene esta etapa con la aparición de patologías y discapacidades haciéndolos vulnerables y dependientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria; teniendo en cuenta, como lo expresan Arteaga,

---

<sup>9</sup> DENIS, León. La Vejez. [En línea]. (Consultado el 19 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://www.luzespiritual.org/Libros/Ld\\_vejez.pdf](http://www.luzespiritual.org/Libros/Ld_vejez.pdf), p. 2.

<sup>10</sup> CASTAÑEDO, Cristina, *et al.* Op cit. p. 3.

<sup>11</sup> ARTEAGA SOSA, Cinthya, ESCALANTE ZÁRATE, Margarita y RODRÍGUEZ MÁXIMO, Rodolfo. Envejecimiento. [En línea]. 2004. (Consultado el 19 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/56175587/envejecimiento>, p. 1.



Escalante y Rodríguez<sup>12</sup>, el envejecimiento es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia final presente un mayor riesgo de muerte.

Los mismos autores, en consideración con los conceptos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); resaltan la definición de envejecimiento; el cual de acuerdo con la primera, es un proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio; mientras que la segunda, complementa los conceptos anteriores, sustentando que el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-fisiológicos y aquellos otros que ocurren en los medios ambientes socioeconómicos y cultural más amplios.

En resumen puede mencionarse que “el envejecimiento es un proceso que comprende cambios a nivel morfológico y funcional, en todos los seres vivos y que se presentan como consecuencia del paso de los años”<sup>13</sup>. Para Arteaga, Escalante y Rodríguez, este proceso es deletéreo, progresivo, intrínseco y universal, producto de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente”<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> Ibíd. p. 1.

<sup>13</sup> LÓPEZ R, Jorge Hernán, CANO G, Carlos Alberto y GÓMEZ M, José Fernando. Fundamentos de Medicina: Geriátrica. 2006. P. 13.

<sup>14</sup> ARTEAGA SOSA, Cinthya, ESCALANTE ZÁRATE, Margarita y RODRIGUEZ MÁXIMO, Rodolfo. Op cit. P. 1.

En este mismo orden de ideas, el Ministerio de la Protección Social<sup>15</sup>, considera que el envejecimiento está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos. Es progresivo, comienza con el nacimiento y termina con la muerte, evolucionando paulatinamente a medida que avanza la vida. Además, expresa que este envejecimiento individual es un proceso normal cuya principal característica es la limitación de la capacidad de adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales y una disminución de la capacidad de reserva de todos los órganos y sistemas.

En esta investigación, se adopta el concepto emitido por el Ministerio de la Protección Social debido a que contiene elementos mencionados anteriormente. Este no mira sólo los cambios fisiológicos que se presentan sino que además incluye los psicológicos y sociales y menciona cómo estos cambios no le permiten al organismo adaptarse a su medio, realizar todas las actividades básicas de la vida diaria y por ende no puede satisfacer sus necesidades, provocando la aparición de patologías y un deterioro en la calidad de vida, de igual forma aclara que todo este deterioro depende en gran medida de la falta de autocuidado en las personas durante todo el transcurso de su vida.

De esta manera, se considera que “la vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. La vejez y el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios en el sentido en el que el individuo humano es un ente bio-psico-social”<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Bogotá, D.C, el Ministerio. [En línea]. 2007. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/POLITICA%20NAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>, p. 13.

<sup>16</sup> FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío. La psicología de la vejez. [En línea]. 2003. (Consultado el 23 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.encuentros-multidisciplinarios.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADO%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>, p. 1.

Como todo proceso el envejecimiento implica una serie de cambios en el estilo de vida de las personas, tales como: “Cambios somáticos o vejez biológica, jubilación, disminución de recursos económicos, pérdida progresiva de seres queridos, descenso de las facultades físicas, alteraciones psicológicas, de la inteligencia y personalidad, familia multigeneracional, viudez, migración y menor actividad económica de los ancianos”<sup>17</sup>. Estos cambios pueden producir estrés, depresión y angustia en los longevos, quienes comienzan inmediatamente a sentirse discriminados y/o aislados, y el momento más difícil es cuando el hijo asume el rol de padre y este el de hijo.

Algunos autores como Arteaga, Escalante y Rodríguez<sup>18</sup>, consideran que el envejecimiento, se manifiesta a partir del momento de la máxima vitalidad alrededor de los 30 años en el hombre, y probablemente éste no es un fenómeno genéticamente programado.

Para los mismos autores, esta etapa de la vida se cuantifica con un máximo de 120 años, cuando los fenómenos del crecimiento y del envejecimiento se dan en un medio apropiado. De no ser así, esta duración se reduce proporcionalmente, aún cuando todos los individuos tengan el mismo espacio biológico.

Para los autores en referencia, la edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que permiten diferenciar cuatro tipos de edades: edad cronológica, edad fisiológica, edad psíquica y edad social. La edad cronológica se define por el hecho de haber cumplido un determinado número de años; respecto de la vejez se ha convenido hasta el momento, los 65 años.

---

<sup>17</sup> Ibíd. p. 1.

<sup>18</sup> ARTEAGA, Cinthya, ESCALANTE, Margarita y RODRÍGUEZ, Rodolfo. Op cit. p. 2.

Para Castañedo, *et al*<sup>19</sup>, esta definición es objetiva porque todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica; sin embargo para los mismos autores, esta ventaja se vuelve inconveniente al comprobar el impacto diferente del tiempo para cada persona. La edad constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el transcurso del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado. Para otros autores como Antuña<sup>20</sup>, ésta, en realidad se basa en la edad del retiro del ámbito laboral y coincide con Castañedo al afirmar que a partir de los 65 años se es viejo.

Siguiendo el mismo orden de ideas, Castañedo *et al*<sup>21</sup>, define la edad fisiológica como “el envejecimiento de órganos y tejidos; es decir, la afectación física del individuo. Los cambios orgánicos se producen de forma gradual: lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria o interfieren en ellas.

La misma fuente expresa, que existe la edad psíquica y la edad social, donde la primera, es difícil de establecer debido a las diferencias a nivel psíquico entre las personas de edad madura y los ancianos. Los acontecimientos externos de la vida de cada persona, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada uno según su personalidad, circunstancias y experiencia vital; mientras que la segunda, la edad social “establece el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad. No obstante esta forma de clasificar puede considerarse discriminatoria ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida diaria”<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> CASTAÑEDO, Cristina. Op cit. p. 3.

<sup>20</sup> ANTUÑA, Lidia. Op cit. p. 1.

<sup>21</sup> CASTAÑEDO, Cristina. Op cit. p. 3.

<sup>22</sup> *Ibíd.* p. 3.

Por otra parte Antuña<sup>23</sup>, considera que existe una vejez funcional que utiliza viejo como sinónimo de incapaz o limitado. Esto es erróneo. La vejez como cualquier otra edad posee su propia funcionalidad, las barreras a la funcionalidad de los ancianos surgen con frecuencia de las deformaciones y mitos sobre la misma más que de reflejo de deficiencias reales.

En relación con el imaginario general acerca de la senectud, cabe resaltar que la misma sociedad se encarga de provocar indirectamente el deterioro y aislamiento en la población anciana, hecho que durante el último siglo se refleja en mayor proporción, “ya que se tiene la imagen de que una persona de más de 65 años es un ser con pocas posibilidades de autonomía, que requiere cuidados especiales”<sup>24</sup>, a diferencia de los antepasados, quienes consideraban al anciano como una “persona importante, por ser los individuos con mayor experiencia en el trabajo y en la familia, así como para dar soluciones acertadas a los problemas de la vida. En la vejez, hombres y mujeres, ocupaban importantes funciones para los suyos y para el grupo. Posteriormente, nuevos criterios laborales y de utilidad hicieron que los ancianos fueran desplazados de su rol protagónico”<sup>25</sup>.

En la transformación de los roles y en la convivencia familiar también inciden los cambios de costumbres. “El crecido número de personas viejas y muy viejas lleva, hoy día, a no brindarles una valoración especial. Si bien es cierto que el sostén biológico del comportamiento humano al envejecer se hace más frágil”<sup>26</sup>, “a diferencia de los que se presentan en la adolescencia que son predecibles dentro

---

<sup>23</sup> ANTUÑA, Lidia. Op cit. p. 1.

<sup>24</sup> CUBA. Equipo nacional de formación programa tercera edad de caritas cubanas. El envejecimiento y la vejez. [En línea]. Junio de 2009. (Consultado el 12 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/El-envejecimiento-y-la-vejez.pdf>. p.4.

<sup>25</sup> Ibíd. p. 2.

<sup>26</sup> Ibíd. p. 2.

de unos pocos años, cada persona envejece a una velocidad única. Algunos sistemas comienzan a envejecer incluso a los 30 años, mientras que otros procesos de envejecimiento no son comunes hasta mucho después”<sup>27</sup>.

“Aunque existan transformaciones que se presentan típicamente con el envejecimiento, ocurren a diferentes tasas y en diferentes grados. No hay una manera confiable de predecir específicamente como envejecerá una persona, incluyendo su edad en años. En efecto, aún en la misma persona los diferentes sistemas orgánicos 'envejecen' a una velocidad diferente”<sup>28</sup>, los cuales pueden ir desde la atrofia hasta la neoplasia, pasando por la hipertrofia, hiperplasia y displasia.

### **2.1.2 Aspectos sociodemográficos del envejecimiento**

Los cambios que se presentan en el adulto mayor por lo general conllevan a un deterioro de la capacidad, hecho que se ve reflejado en el desarrollo de un país. Este fenómeno se convierte en un desafío para las políticas públicas de Latinoamérica, a sabiendas que “a fines del año 2000, la proporción de la población de 60 años y más se situaba entre 13 y 17%; en Estados Unidos y Canadá la cifra oscilaba entre 16 y 17%. En la mayor parte de los demás países de América del Sur, Centroamérica y el Caribe, la población de 60 años o más alcanzará o superará la cifra de 13% en los próximos 10 años”<sup>29</sup>; es decir, los países subdesarrollados se enfrentarán en el futuro, a uno de los desafíos más grandes de la historia: subsidiar y mantener en buenas condiciones de vida a una

---

<sup>27</sup> ARTEAGA, Cinthya, ESCALANTE, Margarita y RODRÍGUEZ, Rodolfo. Op cit. p. 3.

<sup>28</sup> Ibíd. p. 3.

<sup>29</sup> ALBALA, Cecilia, *et al.* Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. [En línea]. 2005. (Consultado el 20 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>. p. 308.

población vulnerable, enferma y por lo general poco productiva, para lo cual no se está preparado.

Al respecto, Albala *et al*<sup>30</sup>, trae a consideración las pronunciaciones de la Organización de las Naciones Unidas, la cual manifiesta que para el año 2025 América Latina y el Caribe habrán experimentado un envejecimiento sustancial de su estructura por edades; es decir, su población de 60 años y más habrá superado un promedio de 8 a 14%.

Según los autores en referencia, las repercusiones que ejerce el proceso de envejecimiento en el funcionamiento de las sociedades y en el bienestar afectan no sólo a los adultos mayores, sino también a las personas más jóvenes debido a la influencia que los aspectos económicos, sociales y familiares tienen en el bienestar de las personas adultas mayores; este hecho varía según las particularidades demográficas, el desarrollo económico y la adecuación de los sistemas de salud y bienestar social para dar respuesta a los nuevos retos que impone el envejecimiento de la población.

Para la misma fuente, uno de los factores de mayor importancia y trascendencia que afectará a los sistemas de salud de la región durante el próximo decenio serán las condiciones de salud de los adultos mayores, debido a que el deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompaña al proceso de envejecimiento, la reducción resultante de los años esperados de vida activa y sana, la disminución o el cese completo de la participación en el mercado laboral y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas determinan, en conjunto, que el crecimiento de la población de adultos mayores origine una mayor demanda de asistencia y servicios de salud.

---

<sup>30</sup> *Ibíd.* p. 308.

Al igual que en el resto de Latinoamérica, Colombia también se ha visto afectada por el aumento progresivo de la población de adultos mayores; de acuerdo con el Ministerio de la Protección Social<sup>31</sup>, representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social. En los datos del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE)<sup>32</sup>, se observa claramente cómo en sólo un siglo el país pasó de 4'355.470, personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6.3% (2'612.508), es mayor de 65 años; el 54.6% pertenece al sexo femenino y el 45.4% de las personas mayores son hombres.

De acuerdo con lo anterior, “se espera que para el 2050, el total de la población sea cercano a los 72 millones, con una esperanza de vida ligeramente superior a los 79 años y con más del 20% de los pobladores por encima de 60, lo cual se traducirá en una estructura de la pirámide poblacional en forma rectangular”<sup>33</sup>, reflejando ello según el Ministerio de la Protección Social<sup>34</sup>, que mientras la población general incrementa 1.9% promedio anual (en el período 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4450 centenarios lo cual equivale al 0.011% del total de la población; con un claro predominio, al igual que en el resto del mundo, del sexo femenino: 61.9%.

---

<sup>31</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. [En línea]. 2005. (Consultado el día 12-marzo de 2011). Disponible en: [http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf?Mobile=1&Source=%2FasistenciaSocial%2F\\_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D4970a592-fb81-411f-b845-f61b04dce501%26View%3D5d7fbd7c-b41f-4463-8886-20c8385a07fe%26CurrentPage%3D1](http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf?Mobile=1&Source=%2FasistenciaSocial%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D4970a592-fb81-411f-b845-f61b04dce501%26View%3D5d7fbd7c-b41f-4463-8886-20c8385a07fe%26CurrentPage%3D1). p. 1.

<sup>32</sup> Departamento Nacional de Estadísticas (DANE). Boletín- Censo General 2005. Perfil Colombia. [En línea]. 2005. (Consultado el día 12-marzo de 2011). Disponible en internet: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL\\_PDF\\_CG2005/00000T7T000.PDF](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/00000T7T000.PDF). p. 1.

<sup>33</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. Op cit. p. 2.

<sup>34</sup> *Ibíd.* p. 12.



Lo anterior, es una alarma para las entidades gubernamentales si se tiene en cuenta, que del total de las personas mayores de 65 años en Colombia, el 12,52% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3.35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.53% posee limitaciones para hablar”<sup>35</sup>. En relación a lo anterior, López, Cano y Gómez<sup>36</sup>, sostiene que el 20% de los ancianos que viven en el país presentan disminución de su capacidad funcional.

El departamento de Córdoba de acuerdo con los resultados obtenidos en el último censo, sigue la misma línea del país, es decir, la población de adulto mayor va en notable aumento. Según Monroy<sup>37</sup>, la pirámide poblacional ha sufrido grandes cambios con respecto a años anteriores, en especial porque la participación de la población en las cohortes de edad más avanzada es mayor, hecho que para el mismo autor puede deberse a cambios dentro de las estructuras familiares, relacionadas con el número de nupcias en donde se incluyen a las personas que viven en unión libre, el número de mujeres solteras, separadas y hasta la edad en las que éstas contraen matrimonio. También a la planificación familiar que permite un menor número de nacimientos. Asimismo en las mejoras en las condiciones sociales asociadas a la salubridad, pues al haberla, permite que un mayor número de personas sobreviva, especialmente personas de la tercera edad.

---

<sup>35</sup> Ibíd. p. 12.

<sup>36</sup> LÓPEZ, Jorge, CANO, Carlos y GÓMEZ, José. Op cit. P. 5.

<sup>37</sup> MONROY MONTAÑO, María Carina. Análisis de la situación demográfica en el departamento de Córdoba. [En línea]. Agosto de 2008. (Consultado el día 23 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/8413992/Analisis-de-la-situacion-demografica-en-el-departamento-de-Cordoba>. p. 7.

## 2.2 CAPACIDAD FUNCIONAL

“Tradicionalmente se ha definido desde el punto de actividad física y es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio”<sup>38</sup>. En el ámbito de la geriatría, está definida como la “facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia; es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad”<sup>39</sup>.

Para autores como Sanhueza, Castro y Merino<sup>40</sup> la funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando se logra que éste y la mente sean capaces de llevar a cabo las actividades de la vida diaria, se puede afirmar entonces que la funcionalidad está intacta; por lo tanto, “la capacidad para desempeñarse debe ser el aspecto principal en la evaluación de los pacientes geriátricos”<sup>41</sup>.

Cuando se habla de funcionalidad, según Giraldo y Franco<sup>42</sup>, se hace referencia a la capacidad para realizar las actividades cotidianas que son indispensables para

---

<sup>38</sup> GÓMEZ MONTES, José Fernando, CURCIO BORRERO, Carmen Lucio y GÓMEZ GÓMEZ, Diana Eugenia. Capacidad funcional en el anciano: Evaluación de la salud en el anciano. 1995. P. 119.

<sup>39</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 45.

<sup>40</sup> SANHUEZA PARRA, Marcela, CASTRO SALAS, Manuel y MERINO ESCOBAR, José. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en Salud. [En línea]. 2008. (Consultado el 02 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art04.pdf>, p. 17.

<sup>41</sup> KANE, Robert L, OUSLANDER, Joseph G y ABRASS, Itamar B. Geriatria clínica: valoración del paciente geriátrico. 1997. P. 55.

<sup>42</sup> GIRALDO, Clara Y FRANCO, Gloria. Op cit. P. 46

la vida. Estas se dividen en dos grandes grupos: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. De acuerdo con Carazo<sup>43</sup>, las primeras se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir en forma independiente y autónoma. Comprende seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse, continencia fecal y urinaria; y las segundas, las actividades instrumentales son acciones complejas asociadas con la vida independiente. De este grupo hacen parte las siguientes acciones: el usar el teléfono, ir de compras, preparar los alimentos, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, administrar medicamentos y manejar el dinero.

Según Giraldo y Franco<sup>44</sup>, esta capacidad funcional está estrechamente relacionada con el concepto de autonomía, definida como el grado en el cual tanto hombres como mujeres pueden funcionar como deseen, determinando acciones y asumiendo responsabilidades, por lo que “el reconocimiento de la capacidad o de las habilidades que tiene una persona para funcionar en su vida diaria, es el mayor y mejor indicador del estado de salud de los individuos”<sup>45</sup>.

De acuerdo con Fuentes<sup>46</sup>, la capacidad funcional, está comprendida por tres diferentes funciones: la función física, que comprende a su vez las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la función mental que abarca todo lo relacionado con el funcionamiento mental y emocional y por último, la función social que habla acerca de las relaciones con el entorno, con los demás y otras actividades.

---

<sup>43</sup> CARAZO VARGAS, Pedro. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el Taekwondo como alternativa de mejoramiento. [En línea]. 2001. (Consultado el 01-julio-2011). Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44025211.pdf>. p. 125.

<sup>44</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 46.

<sup>45</sup> GÓMEZ, José, CURCIO, Carmen y GÓMEZ, Diana. Op cit. P. 119.

<sup>46</sup> FUENTES LAGUNA, Haydee. Valoración gerontológica: escalas de funcionalidad. [En línea]. 2008. (Consultado el 01-julio-2011). Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/56705098/ABVD>. p. 10.

La capacidad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), depende de un conjunto de factores que van desde el físico hasta el emocional; además, para el senescente, “el realizar la tarea más sencilla de la vida va a exigir un mínimo de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como de un entorno y unos recursos sociales que lo permitan”<sup>47</sup>. Por tal razón, cuando uno de estos componentes falle, el realizar una tarea sencilla se convertirá, en todo un desafío lo cual indica, que la capacidad funcional de la persona ha disminuido o está alterada.

El proceso del envejecimiento como lo manifiesta Giraldo y Franco<sup>48</sup>, implica alteraciones en aspectos tanto sociales como fisiológicos, psicológicos y familiares, las cuales influyen de una manera u otra en la vida de cada individuo. Las transformaciones dadas en cada uno de estos niveles pueden significar de acuerdo con la predisposición de la persona, un deterioro funcional y por consiguiente dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Este hecho es aún mayor cuando se presentan enfermedades de tipo crónica, las cuales tienden a agudizar el cuadro.

Al respecto, Castellón sostiene que: “no todas las enfermedades generan pérdidas funcionales, la suma de éstas no produce necesariamente alteración funcional. Ésta no discurre en forma paralela al grado de intensidad de la enfermedad y se ha demostrado que las enfermedades agudas y la hospitalización producen, con gran frecuencia, pérdidas funcionales”<sup>49</sup>. De igual forma, López, Cano y Gómez<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup>Ibíd. p. 11.

<sup>48</sup>GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 44.

<sup>49</sup> Ibíd. p. 46.

<sup>50</sup> LÓPEZ, Jorge, CANO, Carlos y GÓMEZ, José. Op cit. P. 83.

afirman que la discapacidad funcional puede ser causada no solamente por limitaciones físicas o mentales, sino también por las expectativas culturales, los obstáculos medioambientales, una baja motivación o poco entrenamiento.

Por su parte, Mañas *et al*<sup>51</sup>, afirma que la hospitalización conlleva a un deterioro importante en la capacidad funcional de los pacientes ancianos; por tal razón, es necesaria la puesta en marcha de diversos trabajos que sean capaces de identificar los factores de riesgo responsables de la pérdida de capacidad funcional en los pacientes geriátricos, y de esta manera, establecer medidas preventivas ante esta situación.

Sin embargo, los diversos problemas de salud que se presentan en los longevos, son “condicionantes de deterioro funcional en esta población y de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia”<sup>52</sup>. Por ello, es necesario evaluar la capacidad de los adultos mayores, ya que ésta como indica la Organización Panamericana de la Salud<sup>53</sup>: provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal sanitario intervenir de forma apropiada.

---

<sup>51</sup>MAÑAS, M D, *et al*. Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. [En línea]. 2005. (Consultado el 02-julio-2011). Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n3/nota2.pdf>. p. 34.

<sup>52</sup> LARRION ZUGASTI, José. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. [En línea]. (consultado el 02 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple7.html>. p. 1.

<sup>53</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulos de valoración clínica: evaluación funcional del adulto mayor. [En línea]. 2002. (consultado el 16 de abril de 2011). Disponible en internet: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>. p. 34.

La valoración de la capacidad funcional como expresa Larrión<sup>54</sup>, es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, que tiene como fin elaborar un plan de tratamiento y seguimiento a los adultos mayores para mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida, asegurando la confiabilidad de los resultados a través de la utilización de instrumentos y equipos. “Esta evaluación es fundamental en la valoración de la salud integral de los ancianos, su medición es un dato válido en personas incapacitadas, para su rehabilitación y definición del nivel de ayuda en el caso de dependencia total o de alguna de las ABVD”<sup>55</sup>.

Sobre el concepto de valoración funcional, Castellón sostiene que: “es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia”<sup>56</sup>. Esto indica que más que analizar datos de incapacidad, la valoración funcional es un tamizaje para detectar a tiempo cualquier anomalía de este tipo y poner en marcha acciones de prevención y cuidado.

“La valoración de la situación funcional permite identificar el nivel de independencia que tienen los ancianos para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)”<sup>57</sup>.

“Enfoca al equipo de salud hacia problemas claves, de especial importancia para el paciente en su vida diaria, permitiendo así establecer el plan terapéutico”<sup>58</sup>. Además, “detecta factores de riesgo que puedan ser modificados, para evitar un mayor deterioro de la capacidad funcional”<sup>59</sup>.

---

<sup>54</sup> LARRION, José. Op cit. p. 1.

<sup>55</sup> PERÈZ MELERO, Andrés. Enfermería Geriátrica. España. Editorial Síntesis. 1995. p. 95.

<sup>56</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 46.

<sup>57</sup> MAÑAS, M D, *et al.* Op cit. p. 30.

<sup>58</sup> GÓMEZ, José, CURCIO, Carmen y GÓMEZ, Diana. Op cit. P. 123.

<sup>59</sup> *Ibíd.* P. 123.

“Existen varias escalas para medir la funcionalidad; todas tienen limitaciones y por sí mismas no son suficientes para una apreciación del estado funcional de la persona”<sup>60</sup>. Estas, según Sanhueza, Castro y Merino<sup>61</sup>, fueron diseñadas a principios de los años sesenta. Entre las primeras herramientas que se crearon están las escalas de Katz y Barthel, los cuales han sido adaptadas a través del tiempo. Como ejemplo de ello están, la escala de la Cruz Roja española y el Older Multidimensional Resources and Services (OARS), entre otros.

Según Mañas, *et al*<sup>62</sup>, el índice de Barthel, es uno de los mejores instrumentos utilizados para la valoración de la capacidad funcional en el adulto mayor. Este fue desarrollado por Mahoney y Barthel en el Hospital de crónicos de Maryland para evaluar los progresos en la independencia de pacientes con patologías degenerativas.

## **2.3 ÍNDICE DE BARTHEL**

### **2.3.1 Aspectos conceptuales del índice de Barthel**

La valoración de la función física debe ser una labor de rutina en las instituciones de salud, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la del resto de la población. Este hecho adquiere relevancia si se considera que la población de América Latina y el Caribe está envejeciendo a pasos agigantados. Además, “la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de

---

<sup>60</sup>GIRALDO, Clara y FRANCO, Giraldo. Op cit. p. 46.

<sup>61</sup>SANHUEZA, CASTRO Y MERINO. Op cit. p. 19.

<sup>62</sup>MAÑAS. Op cit. p. 34.

la calidad de vida relacionada con la salud”<sup>63</sup>. Uno de los principales instrumentos utilizados como ya se ha mencionado anteriormente, para la valoración de la capacidad funcional es el Índice de Barthel (IB), también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland.

Abellán *et al*<sup>64</sup>, trae a consideración el concepto emitido por Mahoney y Barthel, y define esta escala, como un instrumento que, evalúa actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado. El deterioro de éste, implica la necesidad de ayuda de otra persona. La evaluación de las actividades no es dicotómica, por lo que permite evaluar situaciones de ayuda intermedia; ejemplo, permite evaluar los progresos en un programa de rehabilitación.

Así mismo se tiene que el índice de Barthel, “es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades”<sup>65</sup>; es decir, diagnostica el estado de dependencia o no de una persona, no importando la condición de esta.

De acuerdo con Barrero, García y Ojeda<sup>66</sup>, el índice de Barthel es un instrumento que mide la capacidad del individuo para realizar diez actividades de la vida diaria

---

<sup>63</sup> RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. [En línea]. 1997. (Consultado el 12 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>. p. 138.

<sup>64</sup> ABELLÁN VAN KAN, Gabor, *et al*. Tratado de geriatría para residentes. [En línea]. 2006. (Consultado el 08 de enero de 2012). Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>. p. 744.

<sup>65</sup> RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Op cit. p. 139.

<sup>66</sup> BARRERO SOLÍS, Claudia, GARCÍA ARRIJOJA, Servando y OJEDA MANZANO, Alejandro. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. [En línea]. 2005.



(AVD) catalogadas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. De estas acciones hacen parte, según Buzzini, *et al*<sup>67</sup> comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control del intestino y control de orina. Para el mismo autor, este índice es un excelente predictor de mortalidad debido a su capacidad de medir la discapacidad en la personas.

Según Ruzafa y Moreno<sup>68</sup>, el índice de Barthel es una medida simple en cuanto a obtención e interpretación se refiere. Asigna a cada persona valorada una puntuación de acuerdo con su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores asignados a cada una de las actividades dependen del tiempo utilizado para su realización y de la necesidad de ayuda para llevarlas a cabo en forma satisfactoria.

### **2.3.2 Aspectos históricos del índice de Barthel**

“Esta escala de medición es la más conocida, estudiada y difundida a nivel internacional. Fue descrito por Mahoney FI y Barthel DW en 1965, diseñada para medir resultados del tratamiento rehabilitador en pacientes incapacitados por procesos neuromusculares y musculo-esqueléticos”<sup>69</sup>. Además, se pretendía obtener “una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación”<sup>70</sup>.

---

(Consultado el 02-julio-2011). Disponible en internet:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf). p. 83.

<sup>67</sup> BUZZINI, Marisa, *et al*. Validación del Índice de Barthel. [En línea]. 2002. (Consultado el 23-marzo-2011). Disponible en internet: [http://www.samfyr.org/publicaciones/validacion\\_del\\_indice.pdf](http://www.samfyr.org/publicaciones/validacion_del_indice.pdf). p. 9.

<sup>68</sup> RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Op cit. p. 128.

<sup>69</sup> BUZZINI, Marisa, *et al*. Op cit. p. 10

<sup>70</sup> RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Op cit. p. 127.

De acuerdo con Ruzafa y Moreno<sup>71</sup>, éste se aplicó originalmente en centros de rehabilitación física para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente con accidente cerebrovascular. Se ha utilizado también en el ámbito domiciliario para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio, y en unidades geriátricas como parte del protocolo de valoración.

Según el mismo autor, otros investigadores lo han utilizado como punto de referencia al estudiar nuevas medidas; ejemplos claros de estas son la Escala de Consecución de Objetivos, el Cuestionario Geriátrico de Calidad de Vida, Test de Levantarse y Andar y el Instrumento de Medida de la Discapacidad utilizado por la Oficina de Censos Poblacionales y Encuestas (OPCS), entre otros.

El índice de Barthel original ha sido modificado en varias ocasiones por algunos autores que se han mostrado en desacuerdo con algunos detalles de esta herramienta; razón que los ha llevado a crear sus propias versiones como es el caso de Collin y Wade; quienes según Ruzafa y Moreno<sup>72</sup>, usaron una versión con ligeras modificaciones, notándose el cambio aún más en la puntuación debido a que ésta presenta incrementos de un punto en lugar de los 5 de la escala original. De acuerdo con los mismos autores, Granger *et al* y Shah *et al* también crearon sus propias adaptaciones de esta herramienta; por ejemplo, Granger *et al* incluía 15 actividades en lugar de las 10 originales.

La otra versión, propuesta por Shah *et al* mantiene las 10 actividades originales, pero incrementa el número de niveles por cada actividad hasta 5. Esta modificación en los niveles pretende aumentar la sensibilidad de la medida sin añadir complicaciones adicionales en su administración. En cada caso, el rango de

---

<sup>71</sup>Ibíd. p. 134.

<sup>72</sup>Ibíd. p. 130.

puntuación que se mantiene es el propuesto en la versión original; es decir, entre 0 y 100.

El índice de Barthel también ha sido reevaluado en diversas ocasiones y en poblaciones diferentes, para comprobar su validez y fiabilidad. Respecto a la primera, “entendida como la capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir”<sup>73</sup>, Buzzini *et al*<sup>74</sup>, afirma que el hecho de llevar más de 30 años siendo utilizada con el objetivo específico de medir independencia en AVD, la convierte en la prueba de oro. Por otro lado su validez conceptual ha permitido realizar estudios que demostraron la capacidad predictiva de este índice, en relación la duración de la internación, al resultado funcional global y a la capacidad para vivir y participar en la comunidad.

Según el mismo autor, la evidencia clave para considerar la validez de este instrumento es el estudio realizado por Herten JS y col, quienes estudiaron 41 pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) por un período de 13 meses con Tomografía computarizada (TAC) de cerebro e IB y observaron que éste era un predictor más confiable de la recuperación funcional que la TAC.

De la misma manera, la fiabilidad entendida según Ruzafa y Moreno<sup>75</sup> como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones, fue corroborada por Loewen y Andersen, quienes realizaron el primer estudio de fiabilidad del Índice de Barthel en su versión original, comprobando ésta mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador.

---

<sup>73</sup> Ibíd. p. 130.

<sup>74</sup> BUZZINI, Marisa, *et al*. Op cit. p. 10.

<sup>75</sup> RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Op cit. p. 130.

Sin embargo, la evidencia empírica ha probado que “el Índice de Barthel tiene límites de sensibilidad y de capacidad para detectar cambios por debajo de cero y por encima de 100; es decir, tiene efecto suelo y efecto techo”<sup>76</sup>.

En la realización del presente estudio, se aplicó el índice de Barthel original, por considerarlo de fácil entendimiento para los adultos mayores y sencillos de interpretar para las investigadoras.

### **2.3.3 Interpretación del Índice de Barthel**

El índice de Barthel valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como ya se ha mencionado, y “les asigna una puntuación (0, 5, 10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0”<sup>77</sup>; es decir cuanto mayor esté la persona alejada de cero menos dependencia presenta.

En esta escala, “los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia”<sup>78</sup>; es decir, un puntaje de “100 significa que el paciente es continente, capaz de alimentarse y vestirse, desplazarse al menos una cuadra de su casa y subir y bajar escaleras con lo cual se puede llegar a identificar el

---

<sup>76</sup> BUZZINI, Marisa, *et al.* Op cit. p. 10.

<sup>77</sup>TRIGÁS FERRÍN, María. INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). [En línea]. 2007. (Consultado el 23 de 2011). Disponible en internet: <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>. p. 2.

<sup>78</sup> Ibíd. p. 2.

grado de dependencia del adulto mayor, esto no significa que pueda vivir sólo ya que no se valoran otras actividades indispensables para vivir con autonomía”<sup>79</sup>.

Según Trigás<sup>80</sup>, algunos autores han propuesto un punto de corte en la puntuación de 60 como referencia para facilitar la interpretación de los resultados de la valoración. En relación a esta propuesta, Shah y col: “sugieren la siguiente interpretación del IB: 0-20 dependencia total, de 21-60 dependencia severa, de 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa y 100 independencia. Un valor de 60 es un punto de inflexión por encima del cual existe una alta probabilidad de continuar viviendo en la comunidad. Por debajo de 40 existe una importante dependencia, así mismo índices muy bajos, menores de 20 se correlacionan con un aumento de la mortalidad”<sup>81</sup>.

Para Ruzafa y Moreno<sup>82</sup>, el índice de Barthel, aporta información a partir de la puntuación y como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal. Para el mismo autor, esta herramienta es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias. Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública, ya que pese a sus limitaciones, otros índices alternativos no han demostrado ser más ventajosos.

---

<sup>79</sup> RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Op cit. p. 134.

<sup>80</sup> Ibíd. p. 1.

<sup>81</sup> Buzzini, Marisa, *et al.* Op cit. p. 9.

<sup>82</sup> RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Op cit. p. 134.

## 2.4 AUTOCUIDADO

### 2.4.1 Generalidades del autocuidado

Este hace referencia, a las “prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud”<sup>83</sup>. También puede definirse como la “relación de cada individuo consigo mismo, la cual se intensifica en la medida en que cada uno se convierte en el protagonista de sus actos asegurando la satisfacción de las necesidades básicas”<sup>84</sup>.

Para Profamilia<sup>85</sup>, es el cuidado que cada persona le da a su propio cuerpo con el objetivo de prevenir todas aquellas situaciones que pueden poner en peligro su salud.

El autocuidado se puede definir como “un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario del hombre para consigo mismo”<sup>86</sup> debido a que si un individuo no empieza por cuidar de sí, probablemente otro no lo hará por él. Las prácticas de autocuidado según Tobón<sup>87</sup>, son destrezas aprendidas a través de las experiencias por las cuales pasa alguien en la vida, y son de uso continuo. Además de ello se emplean

---

<sup>83</sup> TOBÓN CORREA, Ofelia. El AUTOCUIDADO: UNA HABILIDAD PARA VIVIR. Caldas. [En línea]. 2003. (Consultado el 25 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf). p. 3.

<sup>84</sup> GIRALDO LÓPEZ, Ana Milena, *et al.* Determinación de prácticas de autocuidado y prácticas de riesgo en los patrones nutricional y de eliminación en un grupo de estudiantes del programa de enfermería de la Universidad de Caldas. [En línea]. 1999. (Consultado el 25 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207\\_13.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207_13.pdf). p. 2.

<sup>85</sup> PROFAMILIA. Temas de sexualidad: El autocuidado. [En línea]. 2011. (Consultado el 22 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=352%3Aautocuidado&catid=60&Itemid=250](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=352%3Aautocuidado&catid=60&Itemid=250). p. 1.

<sup>86</sup> URIBE. Tulia. El auto cuidado y su papel en la promoción de la salud. Medellín. [En línea]. 1999. (Consultado el 25 marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf> documento PDF. p. 7.

<sup>87</sup> TOBÓN, Ofelia. Op cit. p. 3.

libremente, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

El mismo autor expresa, que la alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para crear relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física, habilidad para administrar medicamentos, seguimiento al tratamiento médico, entre otras, hacen parte de las prácticas de autocuidado.

El autocuidado, según el mismo autor es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres con los cuales se interactúa. Este posee gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, por lo que se constituye en una estrategia indispensable para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Según el Instituto Nicaragüense de seguridad social<sup>88</sup>, también hacen parte del autocuidado aquellas acciones de la vida diaria como bañarse, lavarse los dientes, alimentarse, descansar y pasear. “Cuando un individuo presenta deterioro de la capacidad para realizar o completar estas actividades, se habla de déficit de autocuidado”<sup>89</sup>.

---

<sup>88</sup> NICARAGUA. INSTITUTO NICARAGÜENSE DE SEGURIDAD SOCIAL. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor. 1a. ed. Managua: INSS, 2006 36 p.: il. [En línea]. 2006. (Consultado el 22 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Nicaragua\\_Manual\\_Autocuidado\\_AMayor\\_INSS.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf). p. 1

<sup>89</sup> VEGA OLIVERA, Teresa y VILLALOBOS COURTIN, Alicia. GUIA DE ORIENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES. Cuidando la salud del adulto mayor. Chile. [En línea]. (Consultado el 22 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_cuidando\\_la\\_salud\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_la_salud_del_adulto_mayor.pdf). p. 28.

Orem define el autocuidado como: "acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos"<sup>90</sup>. De acuerdo con Araneda Isla y Jiménez<sup>91</sup>, la teoría de autocuidado es aplicable para todas las edades y grados de bienestar.

En el ámbito de enfermería el modelo de autocuidado más aceptado es el de Orem<sup>92</sup>, quien define autocuidado como una actividad aprendida y una contribución constante del individuo a su propia existencia: este modelo, también describe capacidad de autocuidado, déficit del mismo y determina cuándo y por qué se necesita la intervención de enfermería.

Según Araneda Isla y Jiménez<sup>93</sup>, para Orem explicar estos conceptos hace referencia a los sistemas de cuidados de enfermería y es allí cuando propone tres subsistemas: el sistema totalmente compensador, donde el profesional de enfermería suplente totalmente las necesidades del individuo, el sistema parcialmente compensador, donde la enfermera(o) se limita a proporcionar cuidados que el paciente no puede realizar por sí mismo, y el sistema apoyo-educación hace referencia a la ayuda que el profesional de enfermería brinda al individuo, para que sea capaz de realizar actividades de autocuidado, sin ayuda, su eje básico es la educación.

---

<sup>90</sup> ARANEDA, Gloria, ISLA, Ximena y JIMÉNEZ, Marta. Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillan, Chile. [En línea]. 2000. (Consultado el 15 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5118/1/CC\\_07-08\\_18.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5118/1/CC_07-08_18.pdf), p. 162.

<sup>91</sup> *Ibíd.* p. 162.

<sup>92</sup> OREM, Dorothea. *Op cit.* p. 114.

<sup>93</sup> ARANEDA, Gloria, ISLA, Ximena y JIMÉNEZ, Marta. *Op cit.* p. 162.



Tobón<sup>94</sup> considera que el autocuidado está determinado por ciertos factores internos y externos. En el primer grupo se encuentran, el conocimiento sobre las prácticas de salud, la voluntad y la actitud para llevarlo a cabo y los hábitos que adquiere cada persona. Del segundo grupo, hacen parte la cultura, el género, el aspecto socioeconómico, físico y político. Es decir, “el autocuidado está determinado por aspectos propios de la persona y aspectos externos que no dependen de ella; estos determinantes se relacionan con los factores protectores para la salud, tanto como con los factores de riesgo, que generan, según el caso, prácticas favorables o riesgo para la salud”<sup>95</sup>. De acuerdo con esto, se puede afirmar que “el autocuidado no solamente significa un cambio conductual sino que también implica pasar de una relativa dependencia o pasividad a una autonomía o participación activa y responsable”<sup>96</sup>.

De acuerdo a estos planteamientos, se puede considerar al “personal de salud como el responsable del fomento del autocuidado en las personas, con su testimonio de vida sana y con la educación, como herramienta para que las personas puedan optar por prácticas favorables a la salud”<sup>97</sup>. Las personas son las responsables últimas de su propia salud, pues tienen el derecho y la autoridad para tomar decisiones respecto al cuidado de ella. Por lo tanto es importante orientarles para que adquieran “el conocimiento acerca de cómo cuidarse y las habilidades de cómo hacerlo, para aumentar la capacidad de las personas y familias, evaluar su estado de salud y determinar la necesidad de buscar atención profesional, de esta manera transfieren confianza desde el personal de salud

---

<sup>94</sup> TOBÓN, Ofelia. Op cit. p. 3.

<sup>95</sup> Ibíd. p. 3.

<sup>96</sup> ARANEDA, Gloria, ISLA, Ximena y JIMÉNEZ, Marta. Op cit. p. 162.

<sup>97</sup> URRUTIA, Mila. Autocuidado: cuidar de uno mismo, cuidar de todos. [En línea]. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: [www.ujed.mx/ovsyg/documentos/Biblio-Autocuidado.ppt](http://www.ujed.mx/ovsyg/documentos/Biblio-Autocuidado.ppt). p. 2.

hacia ellos mismos”<sup>98</sup>. Por ello para Urrutia<sup>99</sup>, es fundamental que las personas que laboran en el sector salud, sean conscientes de la importancia de la coherencia entre el discurso y la práctica profesional.

El equipo de salud debe interesarse por fomentar el autocuidado en los pacientes, desde temprana edad, con el objetivo de evitar situaciones de riesgo cuando se llegue a la senescencia. Esto no significa que al anciano no se le enseñaran estas prácticas, al contrario es cuando más alerta se debe estar, considerando los costos que esta población genera.

Por lo tanto, la enfermera(o) es la primera en ser llamada a brindar cuidado, basado en fundamentos científicos y con apoyo de las grandes teoristas, entre ellas Orem quien se destaca por su particular teoría del déficit de autocuidado, donde señala paso por paso en qué consiste éste y cómo debe ser aplicado por el equipo interdisciplinario de salud, lo que permite direccionar el cuidado y resolver problemas de los gerontes en determinadas situaciones.

Para el caso de enfermería, “el cuidado en las distintas etapas de la vida, tiene el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, potencialidades individuales y colectivas”<sup>100</sup>.

#### **2.4.2 Autocuidado en el adulto mayor**

“En los senescentes, las prácticas de autocuidado son esenciales para conservar su funcionalidad y autosuficiencia, evitar complicaciones físicas, mentales,

---

<sup>98</sup> Ibíd. p. 4.

<sup>99</sup> Ibíd. p. 3.

<sup>100</sup> COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 911 de octubre 5 de 2004. [En línea]. 2004. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/documentos/Enf/LEY%20911%20DE%202004.htm>. p. 1.

económicas y sociales. Algunas acciones son: prácticas adecuadas nutricionales, higiene y aseo corporal, actividad física regular e higiene mental<sup>101</sup>.

Sin embargo, “para llevar a cabo la práctica de autocuidado es necesario contar con algunas capacidades que le permitan acciones para lograr su bienestar y por ende la salud del adulto mayor”<sup>102</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define autocuidado como: "La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite de una forma dinámica, desarrollar de manera independiente sus actividades de la vida diaria”<sup>103</sup>.

Luego entonces los ancianos, debido a los múltiples cambios que trae el envejecimiento, están expuestos a múltiples situaciones de riesgo para su salud. Por ello es importante que realicen prácticas de autocuidado, como base fundamental para mejorar su calidad de vida y tener una vejez digna y saludable. En aporte a lo anterior, se puede decir, que el numero de patologías presentes en un longevo es la principal causa de peligros en éste, debido a que debe someterse a un sin número de tratamientos que pueden causar reacciones adversas e inclusive la muerte.

De esta manera es indispensable a nivel personal que el autocuidado no solo sea ejercido por el adulto mayor sino por todo individuo, debido a que éste, “es un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para

---

<sup>101</sup> JÁUREGUI, Cesar y SUAREZ, Paulina. Op cit. p. 401.

<sup>102</sup> HERNÁNDEZ CORRA, Sandra *et al.* VALORACIÓN DE CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES PARA UNA PRÁCTICA AVANZADA DE ENFERMERÍA. [En línea]. 1999. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_10.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_10.pdf). p. 2.

<sup>103</sup> *Ibíd.* p. 2.

mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad”<sup>104</sup>.

Por lo tanto, “el ser humano debe ser especialista en él mismo, saber más sobre su organismo, aprender a escucharlo y hacerle caso, y también conocer los factores que interactúan con el cuerpo y con todo esto lograr un estilo de vida más saludable”<sup>105</sup>.

Los adultos mayores, están en la capacidad de practicar el autocuidado y transmitirlo a futuras generaciones. Una de las tareas por las que debe empezar el senescente como lo expresa el manual mexicano de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores<sup>106</sup>, debe ser por tomar acciones preventivas: comer bien, ejercitarse y hacer un correcto uso de las medicinas, visitar al médico sin necesidad de presentar una enfermedad, seguir correctamente el tratamiento indicado, no automedicarse, realizar un buen aseo personal e interesarse por conocer a cerca de su patología o de las situaciones por las cuales está atravesando, pues no es solamente la parte física la que se debe cuidar sino también la mental y la psicológica, las cuales ocasionan en muchos casos, un mayor deterioro en la calidad de vida del anciano.

Por ello, “el auto cuidado o el déficit del autocuidado, resultan un punto vital respecto a la prevención de las consecuencias para el deterioro de la salud del anciano”<sup>107</sup>.

---

<sup>104</sup> MÉXICO. MANUAL DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL. [En línea]. Agosto 2000. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev\\_autocuidado\\_adultos.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf). p. 32.

<sup>105</sup> Ibíd. p. 32.

<sup>106</sup> Ibíd. p. 32.

<sup>107</sup> LLUCH BONET, Adalberto, MORALES LOPEZ, Alfredo y GUTIERREZ RAINA, Daniel. Gestión del autocuidado en el anciano solo residente en salud urbana del municipio de Camagüey, Cuba. [En línea]. Mayo

Para Purón y Couso<sup>108</sup>, el fundamento del autocuidado es el compromiso consigo mismo, puesto que si el anciano no reconoce la importancia del autocuidado, entonces no se compromete a cuidar su salud y, al no lograr este sentimiento, no alcanzará nunca un nivel máximo. auto-cuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, de desarrollo y bienestar. Por tal motivo, “una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de auto-cuidado; en tal sentido, los integrantes del equipo de salud en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso”<sup>109</sup>.

### **2.4.3 Cuidado de Enfermería al adulto mayor**

Al hablar de cuidados de enfermería en el anciano, es importante precisar a cerca de este concepto.

Según la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia: el “cuidado es ante todo un acto de vida, significa movilizar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso vida-muerte, bien sea en estado de salud o de enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres, con el objeto de lograr el desarrollo de su capacidad de vivir o de compensar y suplir la alteración de sus funciones psicosociales o enfrentar el proceso de muerte”<sup>110</sup>.

---

2011. (Consultado el 25 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.infarmate.org.mx/PDF2/numero26/3Calidad%20de%20Vida.pdf>. p. 60.

<sup>108</sup> PURÓN IGLESIAS, Ileana y COUSO SEOANE, Clemente. CUALIDADES MORALES DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR. [En línea]. 1999. (Consultado el 25 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3\\_4\\_99/san06499.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3_4_99/san06499.pdf). p. 1.

<sup>109</sup> MILLÁN MÉNDEZ, Israel, ROCA SOCARRÁS, Armando y BLANCO TORRES, Kleydis. La capacidad y percepción de auto-cuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. [En línea]. 2007. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>. p. 1.

<sup>110</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 47.

Este concepto es apoyado, por la teorista Virginia Henderson quien sostiene que: “La función propia de la Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible”<sup>111</sup>. De acuerdo a esto, la esencia de la enfermería es el cuidado, el cual debe realizarse con base en conocimientos teóricos y bajo una ordenada gama de valores que refuerzan ese servicio que se presta cada día a diferentes personas no importando su condición, edad y/o clase social.

En la actualidad como indica Tafolla<sup>112</sup>, el cuidado del enfermero al adulto mayor, se ha convertido en algo indispensable a la hora de enfrentar el reto del envejecimiento poblacional, debido a que éste oferta acciones integrales e integradoras para atender este proceso gradual de cambios con el fin de conservar la salud y prevenir las enfermedades a partir de la educación para el autocuidado.

Sin embargo, Ribera, Veiga y Torrijos<sup>113</sup> expresan que la atención de enfermería en el anciano requiere de una preparación especial si se desea conseguir que sea eficaz en la promoción de la salud y el mantenimiento de una vida con calidad.

---

<sup>111</sup> TRAPERO, Martín y TORRIJOS TORRIJOS, M. Cuidados de enfermería en el anciano con patología urológica. [En línea]. 1993. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9393110129A.PDF>. p. 130.

<sup>112</sup> TAFOLLA RANGEL, Ana María. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor. [En línea]. 2007. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.imss.gob.mx/SiteCollectionDocuments/migracion/publicaciones/Revista%20Enfermeria/07/RevEnf-1-01-2007.pdf>. p. 2.

Además, el profesional de enfermería, que pertenece a los equipos de atención primaria, está incluido en las distintas actividades dirigidas al cuidado integral del individuo. En estos equipos se han iniciado programas dirigidos a los ancianos, y dentro de ellos, subprogramas de hipertensión arterial, donde la enfermera(o) tiene la responsabilidad con otros profesionales de la salud en el mismo grado de compromiso, en la detección del anciano hipertenso a través de las consultas por enfermería.

Según Araneda, Isla y Jiménez<sup>114</sup>, el profesional de enfermería es el responsable del diagnóstico y tratamiento de respuestas humanas a problemas de salud potenciales o reales. Para ello es importante que el equipo de salud sea capaz de identificar los factores socio-demográficos y condiciones de salud que inciden en la capacidad de Autocuidado y específicamente en los adultos mayores quienes demandarían mayor atención que cualquier otro grupo etéreo debido a su alto grado de vulnerabilidad.

Para la Organización Mundial de la Salud, los grupos de ancianos en situación de riesgo son: “Los muy ancianos (de 80 y más), los que viven solos en una vivienda, las ancianas solteras y viudas, los institucionalizados, los que están socialmente aislados, los ancianos sin hijos, los que tienen limitaciones severas o discapacidades y los que cuentan con muy escasos recursos económicos”<sup>115</sup>.

No quiere decir lo anterior, que los longevos que no presenten estas características no se les debe atender, por el contrario es donde enfermería debe actuar con mayor rapidez evitando que éstos, lleguen a un estado caótico; hecho que se logra mediante la enseñanza del autocuidado que busca principalmente, “proporcionar experiencias que permitan reconocer cuáles son los problemas de

---

<sup>114</sup> ARANEDA, Gloria, ISLA, Ximena y JIMÉNEZ, Marta. Op cit. p. 163.

<sup>115</sup> TAFOLLA, Ana. Op cit. p. 2.

salud menores y cuáles son los que requieren de la asistencia de un profesional o de una institución de salud. Simultáneamente, con esta educación se está generando una mayor responsabilidad por parte de las personas respecto a su propio cuidado, además de enseñarles a utilizar los servicios que existen a su alrededor”<sup>116</sup>.

Teniendo en cuenta la capacidad natural de autocuidado de los longevos, el profesional de enfermería, debería potencializarla, porque está cualificado para brindar atención integral en forma oportuna, segura y humanística<sup>117</sup>, a cada uno de los pacientes, contribuyendo con ello a mejorar la calidad de vida de la población envejeciente.

## **2.5 ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR**

En Colombia, para la atención del adulto mayor, existen normas técnicas y guías de atención, establecidas en la Resolución 00412 de 2000, en las cuales se especifica el actuar del equipo sanitario ante las necesidades de los usuarios.

La atención del adulto mayor, es un “conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o algunas de las patologías crónicas propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores

---

<sup>116</sup> MÉXICO. MANUAL DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Op cit. p. 3.

<sup>117</sup> RAMUZGO ARTEZANO, Anika. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto de los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001-2002. [En línea]. 2002. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo\\_aa/Mat\\_met.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo_aa/Mat_met.pdf). p. 2.



de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación”<sup>118</sup>. Esta atención es para toda persona residente en el territorio colombiano, pues su objetivo principal es disminuir el índice de discapacidad generada por este tipo de enfermedades, debido a que “la dependencia y el deterioro físico y psíquico, más que la muerte en sí misma constituye el fantasma de la edad senil y la mayor preocupación del anciano”<sup>119</sup>.

Por su parte la resolución 00412 del 2000, “establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”<sup>120</sup>. En éstas, se instituyen las actividades que el personal de salud debe realizar con el paciente y detalla desde la entrevista hasta el tratamiento, las remisiones y la educación que se debe brindar a los asistente a la consulta; a demás, establece un tiempo límite y la frecuencia con la cual se debe asistir a dichos controles.

Sin embargo, este no es el único documento legal en el cual se protege y se vela por la salud y la calidad de vida del adulto mayor; también existen algunas leyes y políticas que cuidan la integridad del senescente, entre estas se encuentra la política nacional del envejecimiento.

---

<sup>118</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. NORMA TECNICA PARA LA DETECCION DE LAS ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR DE 45 AÑOS. Bogotá. [En línea]. 2000. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE\\_MAGNETICO\\_DE\\_NORMAS\\_2009/SUBDIR\\_ECCION\\_CIENTIFICA/Resolucion\\_412\\_de\\_2000/Normas\\_Tecnicas/DetecciondelasAlteracionesdelAdulto\\_Mayorde45anos.pdf](http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE_MAGNETICO_DE_NORMAS_2009/SUBDIR_ECCION_CIENTIFICA/Resolucion_412_de_2000/Normas_Tecnicas/DetecciondelasAlteracionesdelAdulto_Mayorde45anos.pdf). p. 5.

<sup>119</sup> MEGRET CABALLERO, Ana, NARANJO ARROYO, Migdalia y FONG GONZÁLEZ, Yolanda. EDUCACIÓN A FAMILIARES SOBRE EL MANEJO DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE. [En línea]. 2002. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18\\_01\\_02/enf08102.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_01_02/enf08102.pdf). p. 44.

<sup>120</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD: RESOLUCION NUMERO 412 DE 2000. Bogotá: El Ministerio; 2000. [En línea]. 2000. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>. p. 163.

Según el Ministerio de la Protección Social<sup>121</sup>, esta resolución está orientada hacia el reconocimiento de la vulnerabilidad de los derechos de las personas mayores y les da vigencia, crea además condiciones para promover y garantizar escenarios de protección e inclusión social integral. También promueve entornos que permitan a las personas tener una vida larga y saludable, logrando en éstos, que sean independientes, participativos, autónomos, con menores niveles de discapacidad.

Lo interesante de esta política, es que “está dirigida a toda la población residente en Colombia y en especial, a los mayores de 60 años. Con énfasis en aquellos en condiciones de vulnerabilidad social, económica y de género”<sup>122</sup>.

El Gobierno colombiano, además ha establecido leyes que no sólo están encaminadas a la salud física, sino que le permiten al adulto mayor gozar de espacios recreativos, lo cual resulta importante al momento de valorar autoestima y estrés en este grupo etareo. La ley 1171 DE 2007 es un ejemplo de ello. Esta “concede a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida”<sup>123</sup>. Aunque en la actualidad no todos los adultos mayores se benefician de esta ley.

---

<sup>121</sup> COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social: POLITICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ. Op cit. p. 11.

<sup>122</sup> Ibíd. p. 13.

<sup>123</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. ley 1171 de 2007. Bogotá. [En línea]. 2007. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.mincomercio.gov.co/eContent/documentos/Normatividad/leyes/Ley1171de2007.pdf>. p. 1.

## 2.6 ENFERMEDADES CRÒNICAS EN EL ADULTO MAYOR: LA HIPERTENSIÒN ARTERIAL.

“La presencia de las enfermedades crónicas en el adulto mayor es uno de los factores preocupantes en los diferentes profesionales del área de la salud, principalmente, debido a que cada vez más la sociedad enfrenta el desarrollo continuo de éstas, que en un gran porcentaje son causantes de muertes y de discapacidades mundiales”<sup>124</sup>, generando así grandes costos a las naciones.

Por lo general, “las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas”<sup>125</sup>; es decir, que alteran o disminuyen la capacidad funcional del anciano.

Algunos estudios, revelan que “las enfermedades crónicas más comunes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la osteoartritis, la artritis reumatoidea, las enfermedades cardiovasculares, como las cardiopatías isquémicas, la dislipidemia y las enfermedades cerebro vasculares”<sup>126</sup>.

Estudios epidemiológicos han demostrado que la principal causa de “morbilidad y mortalidad en los países desarrollados es la enfermedad cardiovascular total que

---

<sup>124</sup> DURÁN, Adriana, *et al.* Enfermedad crónica en adultos mayores. [En línea]. Enero 2010. (consultado el 16 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20C%F3nica.%20P%Elg.%2016-28.pdf>. p. 17.

<sup>125</sup> MENÉNDEZ, Jesús. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. [En línea]. 2005. (consultado el 16 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>. p. 354.

<sup>126</sup> DURÁN, Adriana. Op cit. p. 18.

incluye: enfermedad cerebro vascular, coronaria, arterioesclerótica y renal, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo más importante para el desarrollo de éstas”<sup>127</sup>. Según García Padilla *et al*<sup>128</sup>, en Colombia la mortalidad cardiovascular se presenta 397 por cada 100.000 hombres y 286 por cada 100.000 mujeres, entre los 35 y los 74 años. De acuerdo con el reporte presentado en 2002 por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud: “las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar de mortalidad en mayores de 65 años”<sup>129</sup>.

Para autores como Satín<sup>130</sup> y conclusiones emitidas del VII Comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial<sup>131</sup>, esta patología no es más que la elevación crónica o persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica, por encima de los límites considerados como normales ( $\leq 140/90$  mmHg). Para el mismo autor, esta patología constituye en la actualidad la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad, especialmente en los países desarrollados, y adquiere su importancia porque a mayores cifras de presión arterial, mayor morbilidad y mayor mortalidad presentan los individuos afectados.

---

<sup>127</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Bogotá. [En línea]. 2000. (consultado el 16 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>. p. 163.

<sup>128</sup> GARCÍA PADILLA, Paola, *et al*. Hipertensión arterial: diagnóstico y manejo. [En línea]. 2004. (consultado el 18 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v45n2/hipertenci%F3n.pdf>. p. 78.

<sup>129</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. p. 165.

<sup>130</sup> SANTÍN SANTÍN, Juan José. Hipertensión Arterial: Factores de riesgo (síndrome plurimetabólico) Tabaco alcohol y menopausia. [En línea]. 1999. (consultado el 18 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>. p. 7.

<sup>131</sup> CHOBANIAN, Aram V, *et al*. Séptimo informe del comité nacional Conjunto en prevención, detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial. [En línea]. 2003. (consultado el 08 de enero de 2012). Disponible en internet: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/7%20Reporte%20completo.pdf>. p. 4.

Según el Ministerio de la Protección Social<sup>132</sup>, la Hipertensión Arterial es un síndrome que no solo incluye la elevación de las cifras de la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg, o el nivel de presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg, sino que también encierra los factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables; los primeros abarcan los metabólicos y los hábitos; los segundos todo lo relacionado con la edad, género, grupo étnico y herencia.

Además, la hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco; y cuando el individuo llega a ser anciano comienza a sufrir las consecuencias que esta enfermedad ha dejado a través del tiempo y es allí cuando éste acompañado de las situaciones propias de la vejez disminuyen la capacidad física impidiéndole continuar con una vida plena y con calidad.

De acuerdo con lo anterior, Satín expresa<sup>133</sup>, que la importancia epidemiológica de la Hipertensión Arterial, se debe a su papel como indicador de un futuro riesgo cardiovascular, debido a que ésta, asociada a otros trastornos como la obesidad, el colesterol elevado, el consumo de alcohol, el tabaquismo, entre otros, aumenta de forma exponencial la posibilidad de padecer una complicación grave cardíaca, renal, neurológica o de cualquier otro órgano o región del cuerpo humano.

---

<sup>132</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. p. 165.

<sup>133</sup> SATÍN, Juan. Op cit. p. 7.

Para Reverte, Moreno y Ferreira<sup>134</sup>, la hipertensión arterial (HTA) supone un importante problema de salud, no sólo por la repercusión que puede tener en los distintos órganos diana, sino también por los altos costos que genera esta enfermedad para el sistema sanitario.

En palabras de Aranda<sup>135</sup>, la Hipertensión es una manifestación de un proceso multifactorial en cuya patofisiología intervienen varios factores genéticos y ambientales que determinan cambios estructurales del sistema cardiovascular, produciendo de esta manera un estímulo hipertensivo, e iniciando a su vez el daño a este sistema.

El desarrollo de esta patología, es favorecido por los múltiples cambios y/o modificaciones anatomofisiológicas que se presentan con la edad. “En el anciano, el aumento de la rigidez arterial contribuye a su vez al incremento de las resistencias periféricas y, por tanto, a la aparición de la hipertensión arterial clínica”<sup>136</sup>.

Esta enfermedad tiene varias clasificaciones de acuerdo al tipo de situación que la produzca. Para García Padilla *et al*<sup>137</sup>, la Hipertensión Arterial se clasifica en dos tipos: esencial o primaria, la cual representa el 90 al 95% de los casos y el 5 al 10% restante corresponde a la Hipertensión secundaria; cuyas causas son: enfermedad renovascular, enfermedad renal parenquimatosa, coartación aórtica, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma y uso de

---

<sup>134</sup> REVERTE CEJUDO, D, MORENO PALOMARES, JJ y FERREIRA PASOS. Hipertensión arterial: actualización de su tratamiento. [En línea]. 1998. (Consultado: febrero-20-2011). Disponible en internet: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/hta.pdf>. p. 81.

<sup>135</sup> ARANDA LARA, Pedro. ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS. [En línea]. 1998. (consultado el 18 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf>. p. 3.

<sup>136</sup> SATÍN, Juan. Op cit. p. 33.

<sup>137</sup> GARCÍA, Paola *et al*. Op cit. p. 79.

medicamentos como fenilpropanolamina, anovulatorios orales y corticoides, entre otros. Sin embargo, “en un individuo, factores genéticos, ambientales y demográficos contribuyen a la variación de la presión arterial”<sup>138</sup>. Entre estos factores, se encuentran, “la edad, el sexo, la raza, el ejercicio físico y psíquico, el frío, la digestión y la carga emocional”<sup>139</sup>.

La Hipertensión Arterial puede clasificarse en función de la cifras de Tensión Arterial registradas lo cual a su vez es el principal punto a tener en cuenta al momento del diagnostico de dicha enfermedad. El Ministerio de la Protección Social<sup>140</sup>, adoptó la clasificación dada por las Sociedades europeas y la OMS; quienes consideran como presión arterial óptima la menor de 120/80 mm Hg; la normal menor de 130/85 mm Hg, normal alta 130-139/ 85-89 mm Hg, e incluye dentro de la Hipertensión tres estadios: el estado 1 inicia con cifras de 140-159/ 90-99 mm Hg, el estado 2 160-179/100-109 y finalmente el estadio tres 180-209/ 110-119 mm Hg. “Vale la pena destacar que cuando la Presión Arterial Sistólica y Diastólica caen en diferentes categorías, debe seleccionarse la más alta para la clasificación de la patología”<sup>141</sup>.

En relación con lo anterior, es importante “la identificación de pacientes sospechosos de padecer de hipertensión arterial, a través de la medición adecuada, en personas que demanden cualquier servicio de salud, o en tomas

---

<sup>138</sup> ARISTIZÁBAL OCAMPO, Dagnovar. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA: Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. [En línea]. 2005. (consultado el 20 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.scc.org.co/libros/libro%20cardiologia/libro%20cardiologia/capitulo4.pdf>. p. 3522.

<sup>139</sup> SATÍN. Op cit. P. 14.

<sup>140</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. P. 165.

<sup>141</sup> GARCÍA, Paola, *et al.* Op cit. P. 79

casuales con este propósito, a nivel de la comunidad”<sup>142</sup>. También es importante la realización de exámenes de laboratorio, que según el Ministerio de la Protección Social<sup>143</sup> debe incluir parcial de orina, hemoglobina y hematocrito, glicemia basal, creatinina y potasio sérico, colesterol total, LDH. LDL, triglicéridos y algunos opcionales como electro y ecocardiograma.

Una vez establecido el diagnóstico definitivo de la enfermedad, el tratamiento farmacológico, seguido del no farmacológico constituye la herramienta fundamental para el control de esta patología. El primero está basado en el grado de elevación de la presión arterial y en el riesgo cardiovascular total y el segundo, incluye actividad física, dieta adecuada, cambios en el estilo de vida.

En conclusión, “la Hipertensión Arterial es un problema de salud de particular importancia dada su prevalencia e impacto en la población general”<sup>144</sup>. Debido a que esta enfermedad, según Satín<sup>145</sup>, por su frecuencia, consecuencias y complejidad, constituye la principal causa clínica de complicaciones del adulto en una sociedad donde la población de edad cada vez más avanzada va aumentando progresivamente.

---

<sup>142</sup> HERNÁNDEZ AYAZO, Helí, *et al.* HIPERTENSION ARTERIAL. En: ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME). [En línea]. (consultado el 20 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.bago.com/bolivia/html/doc\\_pdf/hipertension1.pdf](http://www.bago.com/bolivia/html/doc_pdf/hipertension1.pdf). p. 17.

<sup>143</sup> Colombia. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. p. 166.

<sup>144</sup> BAEZ, Laura, *et al.* GUÍAS COLOMBIANAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. [En línea]. Febrero de 2007. (consultado el 02 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS\\_HIPERTENSION\\_ARTERIAL.pdf](http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL.pdf). P. 195.

<sup>145</sup> SATÍN. Op cit. p. 14.



Además, según Balaguer: “la hipertensión arterial es, junto con la hipercolesterolemia y el consumo de tabaco, uno de los tres principales factores de riesgo de la cardiopatía isquémica y el principal factor de riesgo de los accidentes vasculares cerebrales, tanto hemorrágicos como aterotrombóticos”<sup>146</sup>.

Esta patología, es también un indicador de riesgo para la supervivencia, ya que su cronicidad disminuye la esperanza de vida de los que la padecen y aumenta la morbilidad de manera lineal en relación a las cifras de presión arterial.

---

<sup>146</sup> SATÍN, Juan José. Op cit. p. 14.

### **3. DISEÑO METODOLOGICO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo- transversal.

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

**3.2.1 Población.** Está constituida por toda la población (350) de adultos mayores inscrita al programa de control de Hipertensión Arterial de la ESE CAMU el Amparo, sede la Granja de Montería.

##### **3.2.2 Muestra:**

- Grupo de 20 adultos mayores inscritos al programa de control de Hipertensión Arterial del CAMU La Granja.
- Selección de la muestra: Por conveniencia.

#### **3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS**

- Los adultos mayores de 60 inscritos al programa de control de Hipertensión Arterial del CAMU la Granja.

#### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Adultos mayores inscritos, asistentes y activos al programa de control de Hipertensión Arterial del CAMU la Granja.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- De 60 y mas años.
- Adultos mayores que deseen participar en el proceso.

#### **3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Adultos mayores con discapacidades mentales y/ física.

- Adultos mayores que tengan otra patología asociada como diabetes y/o Alzheimer etc.
- Adultos mayores que se encuentren inactivos en el programa.
- Adultos que nieguen participar.

### **3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Prevía autorización por parte de La E.S.E CAMU el Amparo, sede La Granja de la ciudad de Montería, se procedió a realizar la encuesta correspondiente, previa prueba piloto, la información se consignó en el instrumento elaborado según las variables del estudio y se realizó una observación sistematizada mediante la aplicación de la escala de Barthel.

### **3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se acogerán las normas existentes en las resoluciones 008430 de 1993 del Ministerio de Salud relacionadas con las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El consentimiento informado se obtuvo directamente de los participantes del proyecto, previa explicación de todos los aspectos relacionados con su participación.

#### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las características sociodemográficas más relevantes de la población objeto fueron sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, ingreso económicos y convivencia. Estas ameritan ser estudiadas y analizadas por cuanto existe una estrecha relación entre ellas, la hipertensión arterial, la capacidad funcional y el autocuidado.

**Tabla 1. Distribución por sexo de los adultos mayores del CAMU La Granja**

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Hombre	2	10%
Mujer	18	90%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

Con respecto a los datos obtenidos, mediante la encuesta realizada a los adultos mayores objetos de estudio, se puede observar en la tabla 1, que el 90% está constituido por el sexo femenino y sólo un 10% se encuentra representado por el masculino.

Los mayores porcentajes de asistencia a los controles de hipertensión por la población femenina, puede atribuirse a que históricamente los hombres emplean la mayor parte de su tiempo en la realización de actividades laborales como proveedores principales del hogar, sobre todo en este ciclo vital, así mismo, esta participación también puede ocurrir porque esta patología predomina más en el sexo femenino o porque las mujeres tienen mayor tiempo e interés sobre su autocuidado y sobre su salud, por lo cual acuden de forma más puntual y en mayor proporción que los hombres a los controles mensuales de la hipertensión arterial, generando así prácticas de protección para su salud que contribuyen a su autocuidado, conscientes que el incumplimiento en estas citas, puede generar

complicaciones en su patología, que podrían disminuir su capacidad funcional, haciéndolos más vulnerables y dependientes de su familia o de las personas que los rodean.

El análisis converge con el estudio de Garrido<sup>147</sup> donde el hombre trabaja fuera de casa, gana dinero y toma las decisiones de consumo importantes y la mujer por el contrario, se mueve en la esfera del hogar, esforzándose por ser la madre y esposa. Resultados similares refleja el estudio realizado por Giraldo y Franco<sup>148</sup>, donde la mayoría de los participantes del estudio fueron del sexo femenino con un 82.5%, y coincide con la investigación realizada con adultos mayores en la ciudad de Montería por Puello y Campos<sup>149</sup>, en la cual el sexo predominante fue el femenino con un 69%; la misma fuente resalta que las mujeres participan más en programas sociales tales como educativos, de salud y recreativos.

En este orden, de ideas, los resultados de la investigación desarrollada por el Ministerio de la Protección Social<sup>150</sup>, confirman que la HTA es una patología más frecuente en las mujeres y en los grupos de mayor edad.

---

<sup>147</sup> GARRIDO Manuel. Estereotipos de género en publicidad: La creatividad en la encrucijada sociológica. [En línea]. Octubre de 2007. (Consultado: agosto-29-2011). Disponible en internet: <http://www.creatividadysociedad.com/articulos/11/Creatividad%20y%20Sociedad.%20Estereotipos%20de%20g%C3%A9nero%20en%20la%20publicidad.pdf>. p. 3.

<sup>148</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 9.

<sup>149</sup> PUELLO ALCOCER, Elsy, CAMPOS GOMEZ, Lenis y VILLADIEGO CHAMORRO, Marilín. Cuidado del adulto mayor ubicado en el área de influencia de la Universidad de Córdoba. Montería. Diciembre de 2010. Estudio financiado por el Centro de Investigación de la Universidad de Córdoba. (CIUC). Documento sin publicar. (Consultado el 12 de marzo de 2011).

<sup>150</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. p. 165.

Por su parte, Saldarriaga<sup>151</sup> concluye que el sexo más afectado con hipertensión arterial (HTA) fue el femenino con 31 casos para un 62,5% del total de su población, de igual forma “la encuesta nacional de salud en Colombia 1977-1980, mostró una mayor prevalencia de HTA en Bogotá con predominio del sexo femenino en todas las zonas del país”<sup>152</sup>.

**Tabla 2. Distribución de los adultos mayores del CAMU La Granja por rangos de edad.**

Edad ubicada en rangos	Cantidad	Porcentaje
Entre 60 y 70 años	11	55%
Entre 71 y 80 años	6	30%
Mas de 80 años	3	15%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

En cuanto a la caracterización por rangos de edad de los adultos mayores, se encontró que la edad de ellos oscila entre 60 y 100 años, con una moda de 68 y promedio de edad de 72.9 superior al promedio nacional 71.5, tanto para el sexo femenino como para el masculino, acercándose al promedio departamental el cual es de 73.2.

Se observa que el 55% de esta población se encuentra ubicada entre 60 y 70 años, mientras que en un rango intermedio se ubican con un 30% adultos entre 71 y 80 años, sólo el 15% tiene más de 80 años; la tabla 2, evidencia la relación existente entre la edad y la aparición de enfermedades crónicas, como la

<sup>151</sup> Saldarriaga Sandoval LJ. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales. Tumbes. Perú 2007. [En línea]. Marzo de 2010. (Consultado el 29 de agosto de 2011). Disponible en internet: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/conocHTA45.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/conocHTA45.pdf). p. 6.

<sup>152</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. p. 163

hipertensión arterial; retomando lo expresado por el Ministerio de la Protección Social<sup>153</sup>, esta patología se puede presentar en casi todos los grupos etáreos, pero especialmente en la población mayor de 60 años, en este caso, axiomáticamente, se reafirma su existencia en el 100% de la muestra.

Los resultados anteriores son análogos con estudios reportados por García *et al*<sup>154</sup>, quienes manifiestan que en Colombia la mortalidad cardiovascular se presenta 397 de cada 100.000 hombres y 286 de cada 100.000 mujeres entre los 35 y los 74 años. En este sentido, según el reporte presentado en 2002 por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud: “las enfermedades hipertensivas ocuparon el cuarto lugar de mortalidad en mayores de 65 años”<sup>155</sup>, la existencia de esta patología en los adultos mayores, también se refleja en la investigación de Puello *et al*<sup>156</sup> donde las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer lugar con 53% distribuidas entre hipertensión (40%) y cardiopatías (13%).

Del total de la población en estudio un 35% de esta es oriunda de la ciudad de Montería, mientras que el otro 65% no son nativos de este municipio pero nacieron en zonas rurales o municipios aledaños a esta capital. Se refleja la respuesta positiva que tienen los adultos mayores que no nacieron en esta ciudad hacia los programas de promoción y prevención que les ofrece el Estado por medio del régimen subsidiado, específicamente para el programa de hipertensos, proyectando más sentido de pertenencia por su salud, tal vez esto se deba a que cuando estas personas vivían en zonas rurales, donde no tenían acceso ni oportunidad a estos programas, exponiéndose a los riesgos de las complicaciones

---

<sup>153</sup> Ibíd. P. 130.

<sup>154</sup> GARCÍA PADILLA, *et al.* Op cit. p. 78.

<sup>155</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. p. 164.

<sup>156</sup> Puello, campo y Villadiego. Op cit. Documento sin publicar.

de la patología, aprendiendo a valorar la importancia del programa, de otra parte, expresaron haber tenido “experiencias tristes” de familiares cercanos que los ayudaron a reaccionar y a tener sentido de responsabilidad hacia su salud actuando positivamente en lo que concierne al tratamiento farmacológico y a los cuidados de la enfermedad.

En relación con el nivel socioeconómico, se observa en la tabla 3, que el total de la población de adultos mayores es de escasos recursos económicos. Un 35% de ellos pertenecen a uno de los estratos más bajos del municipio de Montería (estrato I), mientras que el otro 65% son pertenecientes al estrato II.

**Tabla 3. Nivel socioeconómico de los adultos mayores**

Nivel socioeconómico	Número	Porcentaje
Estrato I	7	35%
Estrato II	13	65%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

El mayor porcentaje del estrato II puede estar relacionado a que el barrio en el que se encuentra ubicada la institución de salud pertenece a este estrato y es comprensible que, los senescentes que más acuden a los controles son aquellos que por su cercanía viven en esta área de influencia, la ubicación geográfica les facilita la asistencia a los controles, sin demeritar la responsabilidad de la población objeto hacia los programas de promoción y prevención.

De la misma forma, se tiene en cuenta la estratificación social debido a que la población perteneciente a estratos I y II, a pesar de vivir en zonas alejadas a la institución de salud, acuden a sus citas disminuyendo barreras de la atención en salud, puesto que el estrato I es denotado como uno de los que menor



accesibilidad tiene a estos. El padecimiento de la hipertensión arterial en este grupo de longevos, puede estar relacionado con el bajo nivel socioeconómico del lugar donde habitan, tal como lo describen estudios epidemiológicos realizados por el Ministerio de la Protección Social<sup>157</sup> que demuestra alta prevalencia de hipertensión en grupos de nivel socioeconómico bajo.

Al respecto, otras fuentes como Espinoza *et al*<sup>158</sup> también resaltan que aunque las causas para que se desencadene la hipertensión arterial son múltiples, el bajo nivel socioeconómico se constituye en un factor determinante para la aparición de esta enfermedad.

En este orden de discusión, es importante resaltar que los datos obtenidos en este estudio, revelan que los adultos mayores de estratos 1 y 2, por lo general reciben un salario insuficiente para suplir todas sus necesidades, debido a que solo el 40% de ellos cuenta con ingresos económicos iguales a un salario mínimo legal, mientras que el 40% tienen ingresos menores a esta tarifa y solo un 20% cuenta con ingresos mayores a un salario mínimo legal vigente, como se evidencia en la tabla 4.

**Tabla 4. Ingreso económico mensual, de los adultos mayores, en base al salario mínimo legal vigente (SMLV).**

Ingresos económicos	Número	Porcentaje
Menor de un SMLV	8	40%
Igual al SMLV	8	40%
Más de un SMLV	4	20%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

<sup>157</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. P. 164.

<sup>158</sup> ESPINOZA. Op cit. p. 78.

La situación descrita, puede deberse a la disminución en la productividad de los longevos, lo cual los conduce a realizar trabajos informales que no generan ingresos suficientes para su manutención. Este hecho, según Anaya<sup>159</sup> es similar en todo el departamento, donde el 80% de la población de Córdoba obtiene ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales vigentes, mientras que otro porcentaje recibe ingresos inferiores a medio salario mínimo (32.3%) y otra porción menor pero significativa de ellos (23.5%) recibe entre medio y un salario mínimo. Esta situación se convierte en una preocupación y alarma para las entidades gubernamentales debido a que si la mayor parte de la población sólo obtiene recursos para subsistir, se les dificultará invertir en su salud; incluso algunas de estas personas laboran sin ninguna remuneración económica, si no que ayudan en la casa al cuidado de los nietos o en labores cotidianas.

A pesar de que la población en estudio a nivel socioeconómico, se encuentre ubicada en los estratos más bajos, el 100% cuenta con la mayoría de los servicios de saneamiento básico: agua, luz y gas natural, por encima del promedio departamental, mientras que solo un 35% cuenta con el servicio de alcantarillado y un 10% con el servicio de teléfono fijo.

De acuerdo con Anaya<sup>160</sup>, estas bajas coberturas en estos servicios pueden atribuirse a que en el municipio de Montería solo un 27.84% a nivel municipal y un poco más del 31% a nivel departamental cuenta con el servicio de alcantarillado. Con respecto a la telefonía fija puede deberse a que en la actualidad el servicio de telefonía móvil es el más utilizado por la mayoría de la población (90%) de allí que solo un 10% de este grupo cuenten con este servicio.

---

<sup>159</sup> ANAYA NARVÁEZ, Alfredo. Información Sociodemográficas de Córdoba. [En línea]. (consultado el 5 de 09-2011). Disponible en internet: [http://www.cordoba.gov.co/docs/informacion\\_sociodemografica\\_cordoba.pdf](http://www.cordoba.gov.co/docs/informacion_sociodemografica_cordoba.pdf), p. 6.

<sup>160</sup> *Ibíd.* p. 5.

Estos datos se relacionan con los suministrados por Puello, Campos y Villadiego<sup>161</sup>, donde el 58% de su población en estudio cuenta con servicios públicos domiciliarios de agua, luz y gas, y la mayoría (97%) sólo tiene luz y agua.

Continuando con el análisis, en la tabla 5, se observa que el 35% de los adultos mayores de la población en estudio es analfabeta sin ninguna clase de estudios académicos, otro 35% cursaron una primaria incompleta y un 20% escasamente terminaron el ciclo de la primaria básica.

**Tabla 5. Nivel educativo de los adultos mayores**

Nivel educativo de los adultos mayores	Número	Porcentaje
Ninguno	7	35%
Primaria incompleta	4	20%
Primaria completa	7	35%
Bachillerato incompleto	2	10%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

El porcentaje de analfabetismo en la población estudiada es significativo debido a que éste influye notablemente en su bienestar, a menor nivel educativo menor nivel de conocimientos en salud, lo que conlleva a su vez a que el senescente no adquiera los hábitos y prácticas de autocuidado que le permitan mantener un equilibrio físico, mental y social; del mismo modo, les impide aprovechar cada uno de los beneficios y servicios de salud. Este porcentaje se relaciona con el estudio realizado por Puello, Campos y Villadiego<sup>162</sup>, donde un 50% de los ancianos participantes son analfabetas.

<sup>161</sup> PUELLO, CAMPOS Y VILLADIEGO. Op cit. Documento sin publicar.

<sup>162</sup> Ibíd.

Del total de adultos mayores a los cuales le fue aplicado el estudio un 60% de ellos son viudos, y el otro 40% se encuentra repartido en igual proporción, entre separados (20%) y viviendo en unión libre (20%); este aspecto es importante porque indica soledad o compañía en este grupo de personas.

**Tabla 6. Estado civil de los adultos mayores**

Estado civil	Número	Porcentaje
Separados	4	20%
Unión libre	4	20%
Viudos	12	60%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

Sin embargo, se observa un alto porcentaje de longevos en estado de viudez, lo cual influye notoriamente en su interacción social, siendo este un factor protector para su salud, especialmente en esta etapa, en la que es importante que este grupo etáreo cuente con un sistema de apoyo social, familiar y de salud para lograr disminuir en ellos la marginación del contexto en el que se desenvuelven, sobre todo si se considera que el proceso de viudez es una etapa de duelo que no se supera fácilmente y mucho menos en esta etapa de la vida, de ahí la significación emocional y física que tiene que estos adultos mayores cuenten con el soporte de diferentes redes o sistemas de apoyo.

El 20% la población que una vez compartió una familia y que hoy sobrellevan un proceso de separación puede generar frustraciones en muchos de ellos, sobre todo si se tiene en cuenta que el 90% de esta población pertenece al sexo femenino, podría decirse en otras palabras que serían mujeres madres de familia, que aunque no están ya a cargo de sus hijos, si lo están de sus nietos. La separación también influye en el proceso de interacción social, pudiendo disminuir notablemente su autoestima y su autocuidado.

Los porcentajes de viudez, casados y unión libre encontrados en los ancianos que asisten al programa de hipertensos del CAMU de la Granja son similares a los de estadísticas internacionales<sup>163</sup>, nacionales<sup>164, 165</sup> y locales<sup>166</sup> correspondiendo la proporción más alta a los viudos.

Un aspecto positivo e importante para resaltar, es el hecho de que el total de la población convive con personas con las cuales tienen algún grado de consanguineidad o vínculo afectivo; un 75% conviven con sus hijos, otro 15% manifestó convivir con nuero/as, estar bien tendidos y no tener ningún tipo de problemas intrafamiliares, el otro 10% manifestaron vivir con sus parejas o con sus nietos. Esto se constituye en una garantía para el bienestar físico y espiritual del longevo, debido que contribuye a mejorar en forma significativa el autocuidado en este grupo poblacional.

Con respecto a la religión, se observa que un 5% pertenecen a los testigos de Jehová, un 30% son evangélicos y un 65% profesan la religión católica; en este ciclo de la vida la religión se convierte en un recurso de esperanza, que los hace sentir útiles e incluso se constituye un apoyo en esta etapa para su bienestar psíquico, social y familiar, ayudándolos notablemente en su proceso de adaptación al envejecimiento. Estos datos tienen gran similitud con estudios realizado por Puello, Campos Y Villadiego<sup>167</sup>, donde el 67% de su población profesa la religión católica.

---

<sup>163</sup> ZAVALA, GUTIERREZ, Mercedes, *et al.* Funcionamiento Social del Adulto Mayor. [En línea]. 2006. (Consultado 10 de febrero de 2010). Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>. p. 53.

<sup>164</sup> Departamento Nacional de Estadísticas (DANE). Op cit. p. 1.

<sup>165</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Óp. cit. p.51.

<sup>166</sup> PUELLO, CAMPOS Y VILLADIEGO. Op cit. Documento sin publicar.

<sup>167</sup> *ibíd.*

Es importante anotar que el 50% de los adultos mayores se encuentran afiliados a la EPS-S Comfacor, otro 35% a Caprecom, un 10% a Emdisalud y solo un 5% a Solsalud. Este dato es relevante debido a la crisis y/o problemas legales que actualmente enfrentan las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud; en este caso, el 50% de la muestra se encuentra afiliada a la empresa que reporta menor cantidad de dificultades a nivel administrativo, mientras que el 5%, está afiliada a la EPS-S con mayores investigaciones por corrupción como lo afirma el Vicepresidente, Angelino Garzón<sup>168</sup>. Lo anterior perjudica e impide la adecuada prestación de los servicios de salud, generando inconformidad y graves consecuencias en la salud de los usuarios.

En este orden de discusión, es necesario hablar acerca del manejo y el conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la Hipertensión Arterial, debido a que en este estudio, se encontró que el 65% del total de la población manifestó saber en que consiste la hipertensión arterial, mientras que un 35% admitió no tener conocimiento sobre ésta.

**Tabla 7. Conocimiento de los adultos mayores, sobre la hipertensión arterial**

Conocimiento de los adultos mayores sobre la hipertensión arterial	cantidad	Porcentaje
Si	13	65%
No	7	35%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

Lo anterior es un dato negativo y alarmante, debido a que una población sin el conocimiento adecuado a cerca de su patología, no podrá ejercer prácticas de

<sup>168</sup> EL TIEMPO.COM. EPS implicadas en corrupción serían intervenidas. [En línea]. 2011. (Consultado el 26 de agosto de 2011). Disponible en internet en: <http://m.eltiempo.com/justicia/fraude-en-el-sector-de-la-salud/9325524>. p. 1.

autocuidado y por consiguiente presentará complicaciones en su salud. Este déficit de conocimientos puede deberse a que el 35% de la muestra es analfabeta y las estrategias utilizadas por el equipo de salud para impartir educación a este grupo poblacional no están siendo efectivas.

Con respecto a la percepción que tiene el grupo de estudio acerca de la importancia que tiene para la salud, el conocer en qué consiste la HTA, se encontró que el 70% de la población considera que es importante tener conocimiento acerca de ésta, mientras que un 30% manifestó que no era importante saber acerca dicha enfermedad. Este dato es negativo considerando que en Colombia las enfermedades hipertensivas como lo expresa el Ministerio de la Protección Social<sup>169</sup>, ocupan el cuarto lugar en mortalidad. Lo anterior, es preocupante, debido a que el 30% de los longevos en estudio, podrían llegar a presentar emergencias hipertensivas por incumplimiento del régimen terapéutico.

Es importante dar a conocer , que el 70% de la población, muestra interés por conocer aún más sobre su patología, dato interesante y útil para que el equipo de salud realice intervenciones que conlleven a la prevención y/o disminución de complicaciones en este grupo poblacional.

Del total de la población en estudio, un 70% considera que es difícil cumplir con todos los cuidados que requiere la patología (HTA); algunos manifestaron que se debe a su indisciplina y a la educación impartida por el personal de salud, debido a que en ocasiones no es realizado de forma adecuada; según los senescentes la explicación es demasiado rápida y no logran retener toda la información suministrada. De otra parte el 30% considera que no presenta dificultad al cumplir dichos cuidados, tal vez esto se deba a que son personas conscientes de las consecuencias que puede tener un descuido en el cumplimiento del régimen

---

<sup>169</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Guía de atención de la hipertensión arterial. Op cit. p. 164.

terapéutico porque han sufrido las complicaciones, y han reaccionando a éstas de manera adecuada

**Tabla 8. Opinión de los adultos mayores acerca del cumplimiento de los cuidados que requiere la hipertensión arterial**

Opinión de los adultos mayores acerca cumplimiento de los cuidados que requiere la hipertensión arterial	cantidad	Porcentaje
Si	14	70%
No	6	30%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

Un 40% de la población en estudio afirma que la hipertensión arterial es una enfermedad que tiene cura, mientras que el otro 60% considera que es una enfermedad que sólo se puede controlar. Algunos longevos, le atribuyen su curación, al cumplimiento del tratamiento con responsabilidad y a un milagro que Dios puede hacer en sus cuerpos mediante la fe; este porcentaje puede deberse a que el país maneja una cultura muy devota independientemente de la religión que se encuentren profesando, y al déficit de conocimientos que tienen acerca de la misma enfermedad, lo que genera en ocasiones que los síntomas propios de la HTA, sean atribuidos a la etapa de la vejez como tal y no a la patología.

Sin embargo otro grupo manifiesta que la enfermedad no tiene cura, y solo puede controlarse mediante el tratamiento farmacológico y no farmacológico que ésta requiere; además reconocen que el producto de esta patología fue un descuido en su adolescencia y adultez media, que ahora al final de esta etapa de la vida trae consigo graves consecuencias. El 95% de los adultos mayores reconocen que un descuido en su enfermedad puede ocasionar daños irreversibles en el sistema cardiovascular y renal, mientras que solo un 5% opina que esta patología no puede conllevar a complicaciones severas.



En esta línea, este trabajo aborda las prácticas de autocuidado de los adultos mayores, teniendo en cuenta que éstas hacen referencia a las “prácticas cotidianas y a las decisiones que sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud”<sup>170</sup>. Al respecto, Orem lo define como: "acciones que permiten al individuo mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos"<sup>171</sup>.

Por esta razón se hace necesario indagar acerca de dichas prácticas, con el fin de identificar el nivel de conocimiento y las acciones de autocuidado que los longevos realizan, contribuyendo a disminuir las posibles complicaciones y las consecuencias de un descuido con la hipertensión arterial.

**Tabla 9. Conocimiento de los adultos mayores sobre autocuidado**

Conocimiento de los adultos mayores sobre autocuidado	cantidad	Porcentaje
Si	7	35%
No	13	65%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

En la tabla anterior, se observa que el 35% de los adultos mayores manifestaron saber que es el autocuidado, justificando que este es importante porque: “si no me cuido, otro no lo va a hacer por mí y me puedo enfermar”, “porque si no me cuido, el perjudicado soy yo”, y “porque uno debe cuidarse para vivir mejor”. Las opiniones anteriores, dadas por la población en estudio, pueden llevar a concluir

<sup>170</sup> TOBÓN, Ofelia. Op cit. p. 3.

<sup>171</sup> ARANEDA, Gloria, ISLA, Ximena y JIMÉNEZ, Marta. Op cit. p. 162.

que ellos están consciente de su gran responsabilidad para mantener el equilibrio de su salud, evitando así complicaciones y disminución de su capacidad funcional; por otro lado, el 65% de esta población, declaró no tener conocimiento sobre autocuidado, posiblemente esto se deba, a que la educación brindada en los controles de hipertensión arterial no sea la adecuada, o tal vez, el senescente si realiza acciones de cuidado para proteger su salud, pero no tiene claridad del término.

Relacionado con lo anterior, el mayor porcentaje de la muestra, realiza acciones de autocuidado tales como asistir puntual a los controles (80%) teniendo una muy buena adherencia al tratamiento terapéutico, recordando que esta es una acción fundamental de autocuidado para la hipertensión arterial, pues “en el caso de los enfermos crónicos, mientras no estén conscientes de los riesgos que enfrentan y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, debido a que no valoran sus beneficios”<sup>172</sup>.

**Tabla 10. Puntualidad en los controles de Hipertensión Arterial**

<b>Puntualidad en los controles de Hipertensión Arterial de los adultos mayores</b>	<b>cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	16	80%
No	4	20%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

El 20% de la población reconoció su impuntualidad con los controles, manifestando que algunas veces, se les presentan inconvenientes de tipo económico y/o personal, que les dificulta cumplir con sus citas. De la misma forma

<sup>172</sup> SالدARRIAGA SANDOVAL LJ. Op cit. p. 9.

se observa que el 75% de estos longevos, cumplen a cabalidad con el tratamiento farmacológico ordenado por el médico en los controles y solo el 25% de ellos no lo hacen.

**Tabla 11. Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial**

Cumplimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial por parte de los adultos mayores	cantidad	Porcentaje
Si	15	75%
No	5	25%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

De acuerdo con Saldarriaga<sup>173</sup>, el cumplimiento con el tratamiento es igual al nivel de concordancia entre lo que el paciente verdaderamente hace y lo que el médico le ha prescrito. En relación con lo anterior, de este grupo poblacional, un 80% manifiesta no abandonar su tratamiento aunque no asista al control mensual de HTA, mientras que un 20% reconoció que deja su tratamiento si no asiste a las citas, argumentando que si no asisten a estas, los recursos económicos con los que cuentan no son suficientes para adquirir los respectivos medicamentos.

Continuando con las acciones de autocuidado, se tiene que el 95% de los adultos mayores reconocen la importancia del dolor de cabeza como un síntoma que puede conllevar a complicaciones, mientras que un 5% no lo considera importante en esta patología.

---

<sup>173</sup> Ibíd. P. 10.

**Tabla 12. Importancia que los adultos mayores le dan a los dolores de cabeza**

Importancia que los adultos mayores le dan a los dolores de cabeza, para los adultos mayores	cantidad	Porcentaje
Si	19	95%
No	1	5%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

De los adultos mayores encuestados se encontró que el 70% se miden la presión arterial cuando presentan dolores de cabeza, mientras que un 30% no lo hace; estos resultados pueden deberse al desconocimiento de la sintomatología, a negligencia, poco autocuidado o a que muchos de ellos se han familiarizado con los dolores de cabeza, ignorando las graves consecuencias que este síntoma puede originar.

Otra problemática importante que afecta gravemente a la población que padece esta patología es el inadecuado manejo del tratamiento no farmacológico que requieren los hipertensos. Este se basa en la modificación de los estilos de vida, fortaleciendo su autocuidado, con el fin de evitar posibles complicaciones que pueden disminuir total o parcialmente su capacidad funcional. Dentro de estas medidas se encuentran la dieta y el ejercicio físico. En este estudio, se encontró que el 90% de ellos manifestaron no consumir alimentos ricos en sal, y solo un 10% reconoció su falencia en este aspecto.

**Tabla 13. Consumo de alimentos altos en sal por parte los adultos mayores**

Consumo de alimentos altos en sal por parte los adultos mayores	cantidad	Porcentaje
Si	2	10%
No	18	90%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

Lo anterior es un dato significativo y de gran satisfacción, ya que la mayoría de los longevos en estudio, lograron cambiar hábitos en su estilo de vida, disminuyendo el consumo de sal que se constituye una medida eficaz mientras sea llevada cabo con responsabilidad. Además de ello, el 85% de las familias de los adultos, saben cómo debe ser su alimentación y les ayudan a cumplirla.

Del mismo modo, haciendo parte de las medidas efectivas para contrarrestar la hipertensión arterial, se encuentra el bajo consumo de cafeína.

**Tabla 14. Consumo de café por parte los adultos mayores**

Consumo de café por parte los adultos mayores	cantidad	Porcentaje
Si	15	75%
No	5	25%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

El 75% de los adultos mayores manifestaron consumir café, un hábito para ellos casi inevitable, justificando que al no consumirlo, presentan algunas molestias como “dolores de cabeza y mareos”; el otro 25% no consume esta bebida “porque no les gusta”, y “por cumplir con el tratamiento”.

Esta misma población de longevos, reportó un nulo consumo de tabaco, algunos de ellos sin antecedentes y otros (10%) con antecedentes de hace más de 7 años; esto puede deberse a que la población de mayor predominio es la femenina, y éste hábito es más notable en la masculina. Cabe anotar además, que el total de la muestra no consume bebidas alcohólicas.

De la misma forma, teniendo en cuenta lo expresado por Santin<sup>174</sup>, el tabaco, junto con la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial, son factores que guardan relación estrecha con el daño cardiovascular; se hizo necesario abordar otros aspectos relacionados con las acciones de autocuidado que realiza esta población, entre ellos el control de peso, consumo de alimentos ricos en grasa, y la realización de ejercicios.

En el control de peso se observa, que el 55% controlan su peso, mientras que un 45% no lo hacen. Además, el 75% manifestó no consumir alimentos ricos en grasa, sólo la dieta estipulada por el médico, mientras que un 25% reconoció su alto consumo de grasas en los alimentos.

En la realización de ejercicios, se tiene que el 25% de ellos manifestó realizar algún tipo de ejercicio, el más frecuente fue caminar todos los días, 2 a 3 veces a la semana, mientras que el 75% restante no realiza ningún tipo de ejercicio. Este porcentaje puede deberse a que la mayoría de esta población pertenece al sexo femenino, el cual se ha caracterizado por dedicarse más tiempo a las labores del hogar. Algunos consideraron que con sólo realizar labores de la casa ya estaban ejercitando su cuerpo.

---

<sup>174</sup> SATIN, José. Op cit. p. 46.

**Tabla 15. Realización de ejercicio físico por parte los adultos mayores**

Realización de ejercicio físico por parte los adultos mayores	cantidad	Porcentaje
Si	5	25%
No	15	75%
Total	20	100%

Fuente: encuesta elaborada por el grupo investigador

Del mismo modo, el grupo investigador tiene como objetivo determinar la capacidad funcional de los adultos mayores mediante la aplicación de la escala de barthel, teniendo en cuenta, que ésta , es una “medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades”<sup>175</sup>.

La capacidad está estrechamente ligada con el nivel de autocuidado de los adultos mayores debido a que las prácticas de autocuidado según Tobón<sup>176</sup>, son destrezas aprendidas a través de las experiencias por las cuales pasa alguien en la vida, y son de uso continuo. Además de ello, se emplean libremente, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; se hace entonces indispensable que los adultos mayores, mantengan un adecuado autocuidado y por ende una buena capacidad funcional para lograr dicho propósito.

---

<sup>175</sup> RUZAFÁ, y MORENO. Op cit. p. 138.

<sup>176</sup> TOBÓN. Op cit. P. 3.

Desde esta perspectiva, un gran porcentaje de los adultos mayores en estudio, (60%) es totalmente independiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria valoradas mediante la escala de Barthel, un 35% de ellos mostró una dependencia leve en actividades como caminar, trasladarse y subir o bajar escaleras, y un 5% reportó dependencia total para lavarse, vestirse, ir al baño, deambular, trasladarse, y nuevamente subir y bajar escaleras.

**Tabla 16. Capacidad funcional de los adultos mayores**

Clasificación	Cantidad	Porcentaje
Independiente	12	60%
Dependiente leve	7	35%
Dependiente moderado	1	5%
Total	20	100%

Fuente: escala de Barthel aplicada por el grupo investigador

Esta diferencia de porcentajes puede deberse a que la capacidad para realizar las ABVD depende de un conjunto de factores que van desde el físico hasta el emocional; además, para el senescente, “el realizar la tarea más sencilla de la vida va a exigir un mínimo de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como de un entorno y unos recursos sociales que lo permitan”<sup>177</sup>.

Lo anterior también puede relacionarse con la capacidad de autocuidado observada en ellos, donde el 65% reportó saber que es el autocuidado y ahora casi el mismo porcentaje (60%) reporta independencia para estas actividades, se infiere entonces que posiblemente se esté hablando del mismo grupo de adultos mayores y que su autocuidado ha influido en el mantenimiento de su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

<sup>177</sup> FUENTES LAGUNA, Haydee. Op cit. P. 35.



Resultados homólogos se observaron en el estudio realizado por Puello, Campos y Villadiego *et al*<sup>178</sup>, donde al examinar la capacidad funcional con base en el índice de Barthel (IB) se encontró que el 50% de los sujetos en estudio son totalmente independientes en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, con el máximo puntaje de la escala (100) obtenido en su valoración, el 48% de los adultos mayores tienen dependencia leve con puntajes que oscilan entre 70 y 95, sólo una anciana (1%) se encontró con dependencia moderada (55 puntos) y un anciano con dependencia severa (33 puntos).

También se observa que, aún cuando ésta es una población con una patología de base como lo es la hipertensión arterial, que puede ocasionar en ellos potenciales complicaciones llevando a una disminución en su capacidad funcional, la gran mayoría de estos adultos no presentan una grave disminución en su capacidad funcional para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, sino por el contrario solo uno de ellos tiene una capacidad moderada, mientras que el resto son totalmente independientes y una minoría reporta una dependencia leve, a pesar de tener edades entre los 60 y 100 años; tal vez esto puede deberse como indica Castellón, citado por Giraldo: “no todas las enfermedades generan pérdidas funcionales, la suma de estas no produce necesariamente alteración funcional”<sup>179</sup>.

Como se mencionó anteriormente, el 90% de estos adultos mayores pueden comer y/o alimentarse de forma independiente, factor importante para conservar una nutrición adecuada.

---

<sup>178</sup> PUELLO, Campos y Villadiego. Documento sin publicar.

<sup>179</sup> GIRALDO, Clara Y FRANCO, Gloria. Op cit. P. 46.

Resultados similares, refleja el estudio realizado por Gutiérrez *et al*<sup>180</sup>, donde comer es la actividad que realizan con mayor independencia.

Así mismo, se observa que la capacidad funcional de estos gerontes para realizar el lavado general de su cuerpo sin ningún tipo de ayuda, se mantiene conservada en el 95% de estos, mientras que solo 5% reportó ser dependiente, requiriendo asistencia para entrar y salir del baño. Este hecho puede deberse a la edad cronológica representada por uno de estos adultos mayores que es de 100 años.

**Tabla 17. Capacidad para lavarse de los adultos mayores**

Capacidad para lavarse de los adultos mayores	Cantidad	Porcentaje
Independiente, entra y sale solo del baño.	19	95%
Dependiente.	1	5%
Total	20	100%

Fuente: escala de Barthel aplicada por el grupo investigador

Por otra parte se reporta que el 90% de ellos, son totalmente independientes para vestirse y solo un 10% necesita un poco de ayuda; Información similar refleja la investigación realizada por Puello *et al*<sup>181</sup> donde se encontró que los tres mejores calificados fueron Comer, arreglarse y lavarse, con 100%, 99.4% y 99.2% respectivamente, lo que denota una independencia para: comer, entrar y salir de baño, lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse etc.

<sup>180</sup> GUTIÉRREZ Zornoza, *et al* Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVDs) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDIs) de los mayores con dependencia en domicilio. Estudio “Cuidados de mayores en Cuenca” 2006.[En línea]. 2006. (Consultado el 24 de mayo de 2010.). disponible en internet: [http://www.chospab.es/investen/diferido/presentaciones/mesa\\_4/Gutierrez.pdf](http://www.chospab.es/investen/diferido/presentaciones/mesa_4/Gutierrez.pdf). p. 13.

<sup>181</sup> PUELLO, Campos y Villadiego. Documento sin publicar.

Así mismo en cuanto a sus necesidades fisiológicas se observa que un 85% manifestó mantener una continencia normal en sus deposiciones, mientras que un 15% reconoció ocasionalmente un episodio de incontinencia. Esto puede quizás atribuirse a que esta población, no tiene claro lo que significa incontinencia y tal vez sí estén presentando y no lo consideren como tal, o quizás por pena no reconozcan esta problemática; de la misma manera reportaron que un 90% mantiene su capacidad para miccionar conservada, y un 10% manifestó un episodio de incontinencia urinaria.

Se valoró la capacidad de esta población para utilizar el retrete sin ayuda, y un 90% reportó ser totalmente independiente y solo un 10% necesita de sus cuidadores principales para utilizar el retrete.

En cuanto a su capacidad para trasladarse, un 75% tienen independencia total en esta actividad, un 15% requiere una necesidad mínima y solo el 10% se observó con gran necesidad de ayuda para poder trasladarse. Esta variación de porcentajes puede deberse a que el 15% de esta población es mayor de 80 años, y algunos ya se encuentran padeciendo alteraciones visuales que limitan en cierta parte su capacidad para efectuar dicha actividad, además el 75% también reportó independencia para deambular, 20% necesitaba un poco de ayuda, y solo un 5% manifestó dependencia total. Estos porcentajes se relacionan directamente con el grado de independencia y dependencia de los senescentes; información similar expresa Giraldo y Franco<sup>182</sup> donde a mayor grado de dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria, se requiere mayor necesidad de apoyo o acompañamiento para su realización.

---

<sup>182</sup> GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Op cit. p. 56.

**Tabla 18. Capacidad para trasladarse**

Trasladarse	Cantidad	Porcentaje
Independiente para ir del sillón a la cama	15	75%
Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	3	15%
Necesita gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado solo	2	10%
Total	20	100%

Fuente: escala de Barthel aplicada por el grupo investigador

Al evaluar la capacidad de los adultos mayores para utilizar escalones, el 65% mostró total independencia, el 20% necesita un poco de ayuda y un 15% está totalmente dependiente para realizarla; esto puede atribuirse a la edad de esta población, además algunos refieren tener alteraciones en la columna, que limita su capacidad para realizar esta actividad, sumado a ello, tienen antecedentes de caída, que han alterado su esfera psicológica y por ende no son capaces de subir y bajar las escaleras de forma independiente.

**Tabla 19. Capacidad para utilizar los escalones de los adultos mayores**

Escalones	Cantidad	Porcentaje
Independiente para subir y bajar escaleras.	13	65%
Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	4	20%
Dependiente.	3	15%
Total	20	100%

Fuente: escala de Barthel aplicada por el grupo investigador

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que la escala de Barthel es un instrumento útil, de gran ayuda para el profesional de enfermería ya que son estos los principales gestores del cuidado en los pacientes, en este caso de los adultos mayores; teniendo en cuenta que esta profesión posee un amplio campo de experiencia donde se ejercitan los valores, que se constituyen la esencia exclusiva de esta disciplina, entre ellos, la responsabilidad y la calidad en la atención brindada a todos aquellos objetos de cuidado que se encuentran bajo su cargo; de

igual manera, ofrece cuidados con ética y humanización teniendo como soporte el modelo de autocuidado de Dorotea Orem.

De acuerdo con lo anterior, el profesional de enfermería debe educar y lograr que el paciente y/o usuario, alcance altos niveles de autocuidado, debido a que ése según Purón y Couso<sup>183</sup>, es el compromiso consigo mismo, puesto que si el anciano no reconoce la importancia del autocuidado, entonces no se compromete a cuidar su salud y, al no lograr este sentimiento, no alcanzará nunca un nivel máximo. Auto-cuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, de desarrollo y bienestar.

---

<sup>183</sup> PURÓN IGLESIAS, Ileana y COUSO SEOANE, Op cit. p. 1.

## **5. CONCLUSIONES**

En el presente estudio, se demuestra que el mayor porcentaje de la población es de sexo femenino. El rango de edad osciló entre 60 y 100 años, y se ubican en los estratos socioeconómicos I y II. Además, la mayoría cuenta con servicios de saneamiento básico. El 65% de la población profesa la religión católica, el 35% de ellos es analfabeta, la gran mayoría son viudos y el 75% conviven con un hijo.

El 60% de la población es independiente en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, mientras que un 5% reportó dependencia total.

Las actividades donde los adultos mayores presentaron mayor dificultad fueron caminar, trasladarse, subir o bajar escaleras.

El 50% de la población tiene conocimiento sobre la Hipertensión Arterial y considera difícil cumplir con los cuidados que requiere esta patología.

El 65% de la población en estudio, no sabe definir el término autocuidado; sin embargo, de forma natural realizan acciones para el cuidado de la salud, tales como caminar, consumir comidas bajas en grasa y sal, asistir a los controles y cumplir con el tratamiento farmacológico, entre otros.

## **6. RECOMENDACIONES**

### **Para la Institución de Salud**

Reinterpretación en el valor del Índice de Barthel y propiciar en los centros asistenciales de salud la utilización de este instrumento para determinar la capacidad de los adultos mayores para realizar las actividades básicas de la vida diaria y orientar las acciones y planes de cuidado de enfermería acorde a las necesidades reales de la población longeva.

Acompañar las actividades asistenciales de procesos educativos tendientes a fortalecer la independencia y la autonomía como mecanismo para mejorar el autocuidado en los adultos mayores.

Fortalecer los comportamientos saludables y las acciones de autocuidado realizadas en el diario vivir de los ancianos.

El profesional de salud debe evaluar y retroalimentar el conocimiento de los adultos mayores sobre el manejo farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial.

Brindar educación planeada e incidental sobre la hipertensión arterial, formas de prevención, complicaciones e importancia del tratamiento.

### **Para la Universidad**

La aplicación y el uso del Índice de Barthel para realizar una valoración integral al adulto mayor en el área clínica, debe incluirse en el plan de estudio del programa de enfermería.

## BIBLIOGRAFIA

ABELLÁN VAN KAN, Gabor, *et al.* Tratado de geriatría para residentes. [En línea]. 2006. (Consultado el 08 de enero de 2012). Disponible en internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>. 816 p.

ALBALA, Cecilia, *et al.* Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. [En línea]. 2005. (Consultado el 20 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>. 308 p.

ANAYA NARVÁEZ, Alfredo. Información Sociodemográficas de Córdoba. [En línea]. (Consultado el 5 de 09-2011). Disponible en internet: [http://www.cordoba.gov.co/docs/informacion\\_sociodemografica\\_cordoba.pdf](http://www.cordoba.gov.co/docs/informacion_sociodemografica_cordoba.pdf). 28 p.

ANTUÑA, Lidia. La vejez, una etapa vital del desarrollo humano. [En línea]. 2001. (Consultado el 19 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.geragogia.net/editoriali/vejez.html>. 1p.

ARANDA LARA, Pedro. Actualización del tratamiento de la Hipertensión Arterial en adultos. [En línea]. 1998. (Consultado el 18 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001179documento.pdf>. 35 p.

ARANEDA, Gloria, ISLA, Ximena y JIMÉNEZ, Marta. Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillan, Chile. [En línea]. 2000. (Consultado el 15 de marzo de



2011). Disponible en internet:

[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5118/1/CC\\_07-08\\_18.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5118/1/CC_07-08_18.pdf). p.160-165.

ARISTIZÁBAL OCAMPO, Dagnovar. Hipertensión Arterial Sistémica: Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. [En línea]. 2005. (Consultado el 20 de julio de 2011). Disponible en internet:

<http://www.scc.org.co/libros/libro%20cardiologia/libro%20cardiologia/capitulo4.pdf>. p. 350-382.

ARTEAGA SOSA, Cinthya, ESCALANTE ZÁRATE, Margarita y RODRÍGUEZ MÁXIMO, Rodolfo. Envejecimiento. [En línea]. 2004. (Consultado el 19 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/56175587/envejecimiento>. 1 p.

BAEZ, Laura, *et al.* Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial. [En línea]. Febrero 2007 (consultado el 02 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS\\_HIPERTENSION\\_ARTERIAL.pdf](http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL.pdf). 195 p.

BARRERO SOLÍS, Claudia, GARCÍA ARRIOJA, Servando y OJEDA MANZANO, Alejandro. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. [En línea]. 2005. (Consultado el 02-julio-2011). Disponible en internet: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf). 85 p.

BUZZINI, Marisa, *et al.* Validación del Índice de Barthel. [En línea]. 2002. (Consultado el 23-marzo-2011). Disponible en: [http://www.samfyr.org/publicaciones/validacion\\_del\\_indice.pdf](http://www.samfyr.org/publicaciones/validacion_del_indice.pdf). 9 p.

CARAZO VARGAS, Pedro. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el Taekwondo como alternativa de mejoramiento. [En línea]. 2001.

(Consultado el 01-julio-2011). Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44025211.pdf>. 135 p.

CASTANEDO P, Cristina, *et al.* Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. [En línea]. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap1.pdf>. 15 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá. D. C., 2004. No. 45.693. [En línea]. 2004. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2004/Ley\\_911.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2004/Ley_911.pdf). 14 p.

-----, -----, Ley 1171 (7, diciembre, 2007). Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores. Diario Oficial. Bogotá. D. C., No 46.835. [En línea]. 2007. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2007/Ley\\_1171.pdf](http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/2007/Ley_1171.pdf). 15 p.

-----, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. [En línea]. 2005. (Consultado el día 12-marzo de 2011). Disponible en: [http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf?Mobile=1&Source=%2FasistenciaSocial%2F\\_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D4970a592-fb81-411f-b845-f61b04dce501%26View%3D5d7fbd7c-b41f-4463-8886-20c8385a07fe%26CurrentPage%3D1](http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf?Mobile=1&Source=%2FasistenciaSocial%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3D4970a592-fb81-411f-b845-f61b04dce501%26View%3D5d7fbd7c-b41f-4463-8886-20c8385a07fe%26CurrentPage%3D1). 18 p.

-----, -----, Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la Salud Pública: Guía de atención de la Hipertensión Arterial.

Bogotá. D. C. [En línea]. (consultado el 16 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>. p. 157 - 199.

-----, -----, Política nacional de envejecimiento y vejez 2007- 2019. Bogotá. D. C, el Ministerio. [En línea]. 2007. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/POLITICA%20NAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>. 48 p.

-----, MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica para la detección de las alteraciones del adulto mayor de 45 años. Bogotá. D. C. [En línea]. 2000. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE\\_MAGNETICO\\_DE\\_NORMAS\\_2009/SUBDIRECCION\\_CIENTIFICA/Resolucion\\_412\\_de\\_2000/Normas\\_Tecnicas/DetecciondelasAlteracionesdelAdultoMayorde45anos.pdf](http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/SOPORTE_MAGNETICO_DE_NORMAS_2009/SUBDIRECCION_CIENTIFICA/Resolucion_412_de_2000/Normas_Tecnicas/DetecciondelasAlteracionesdelAdultoMayorde45anos.pdf). 5 p.

-----, -----, RESOLUCION NÚMERO 00412 (25, febrero, 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención. Bogotá D. C., el Ministerio; 2000. [En línea]. 2000. (Consultado el 13 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>. 7 p.

CHOBANIAN, Aram V, et al. Séptimo informe del comité nacional Conjunto en prevención, detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial. En línea]. 2003. (consultado el 08 de enero de 2012). Disponible en internet: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/7%20Reporte%20completo.pdf>. 44.p

CUBA. Equipo nacional de formación programa tercera edad de cáritas cubanas. El envejecimiento y la vejez. [En línea]. Junio de 2009. (Consultado el 12 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/El-envejecimiento-y-la-vejez.pdf>. 4 p.

DENIS, León. La Vejez. [En línea]. (Consultado el 19 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://www.luzespiritual.org/Libros/ld\\_vejez.pdf](http://www.luzespiritual.org/Libros/ld_vejez.pdf). 5 p.

Departamento Nacional de Estadísticas (DANE). Boletín- Censo General 2005. Perfil Colombia. [En línea]. 2005. (Consultado el día 12-marzo de 2011). Disponible en internet: [http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL\\_PDF\\_CG2005/00000T7T000.PDF](http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/00000T7T000.PDF). 6 p.

DURÁN, Adriana, *et al.* Enfermedad crónica en adultos mayores. [En línea]. Enero de 2010. (Consultado el 16 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20Cr%C3%93nica.%20P%20E1g.%2016-28.pdf>. p. 16 – 28.

EL TIEMPO.COM. EPS implicadas en corrupción serían intervenidas. [En línea]. 2011. (Consultado el 26 de agosto de 2011). Disponible en internet en: <http://m.eltiempo.com/justicia/fraude-en-el-sector-de-la-salud/9325524>. 1p.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío. La psicología de la vejez. [En línea]. 2003. (Consultado el 23 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.encuentrosmultidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADO%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>. 1 p.

FUENTES LAGUNA, Haydee. Valoración gerontológica: escalas de funcionalidad. [En línea]. 2008. (Consultado el 01-julio-2011). Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/56705098/ABVD>. 47 p.

GARCÍA PADILLA, Paola, *et al.* Hipertensión Arterial: diagnóstico y manejo. [En línea]. 2004. (consultado el 18 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v45n2/hipertenci%F3n.pdf>. p 77 – 84.

GARRIDO Manuel. Estereotipos de género en publicidad: La creatividad en la encrucijada sociológica. [En línea]. Octubre de 2007. (Consultado: agosto-29-2011). Disponible en internet: <http://www.creatividadysociedad.com/articulos/11/Creatividad%20y%20Sociedad.%20Estereotipos%20de%20g%C3%A9nero%20en%20la%20publicidad.pdf>. p. 53-71.

GIRALDO, Clara y FRANCO, Gloria. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. [En línea]. 2008. (consultado el 01 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1\\_5.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_5.pdf). p. 43 - 58.

GIRALDO LÓPEZ, Ana Milena, *et al.* Determinación de prácticas de autocuidado y prácticas de riesgo en los patrones nutricional y de eliminación en un grupo de estudiantes del programa de enfermería de la Universidad de Caldas. [En línea]. 1999. (Consultado el 25 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207\\_13.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207_13.pdf). 11 p.

GÓMEZ MONTES, José Fernando, CURCIO BORRERO, Carmen Lucio y GÓMEZ GÓMEZ, Diana Eugenia. Capacidad funcional en el anciano: Evaluación de la salud en el anciano. Manizales. Editorial informa y publica. 1995. 380 p.

HERNÁNDEZ AYAZO, Helí, *et al.* Hipertensión Arterial. En: ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME). [En línea]. (consultado el 20 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.bago.com/bolivia/html/doc\\_pdf/hipertension1.pdf](http://www.bago.com/bolivia/html/doc_pdf/hipertension1.pdf). 48 p.

HERNÁNDEZ CORRA, Sandra, *et al.* Valoración de capacidades de autocuidado en adultos mayores para una práctica avanzada de Enfermería. [En línea]. 1999. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti\\_10.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_10.pdf). 5 p.

JÁUREGUI REINA, César y SUÁREZ CHAVARRO, Paulina. Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad. Enfoque en Salud familiar. 2ª ed. España: Editorial medica panamericana, 2004, 468 p. ISBN 9789589181898.

KANE, Robert L, OUSLANDER, Joseph G y ABRASS, Itamar B. Geriátría clínica: valoración del paciente geriátrico. 3era ed. Mc Graw hill interamericana. 1997. 456 p. ISBN: 970-10-1666-1.

LARRION ZUGASTI, José. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. [En línea]. (consultado el 02 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple7.html>. 1 p.

LLUCH BONET, Adalberto, MORALES LOPEZ, Alfredo y GUTIERREZ RAINA, Daniel. Gestión del autocuidado en el anciano sólo residente en salud urbana del municipio de Camagüey, Cuba. [En línea]. Mayo 2011. (Consultado el 25 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.infarmate.org.mx/PDF2/numero26/3Calidad%20de%20Vida.pdf>. p 159-255.

LÓPEZ R, Jorge Hernán, CANO G, Carlos Alberto y GÓMEZ M, José Fernando. Fundamentos de Medicina: Geriatria. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas. 2006. 633 p. ISBN 958-9400-98-1.

MAÑAS, M D, *et al.* Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. [En línea]. 2005. (Consultado el 02-julio-2011). Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v22n3/nota2.pdf>. p 34 - 36.

MEGRET CABALLERO, Ana, NARANJO ARROYO, Migdalia y FONG GONZÁLEZ, Yolanda. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. [En línea]. 2002. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18\\_01\\_02/enf08102.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_01_02/enf08102.pdf). p. 43 - 49.

MENÉNDEZ, Jesús. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. [En línea]. 2005. (Consultado el 16 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>. p. 353 - 361.

MÉXICO. SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. [En línea]. Agosto 2000. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev\\_autocuidado\\_adultos.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf). 129 p.

MILLÁN MÉNDEZ, Israel, ROCA SOCARRÁS, Armando y BLANCO TORRES, Kleydis. La capacidad y percepción de auto-cuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. [En línea]. 2007. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>. 1 p.

MONROY MONTAÑO, María Carina. Análisis de la situación demográfica en el departamento de Córdoba. [En línea]. Agosto de 2008. (Consultado el día 23 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://es.scribd.com/doc/8413992/Analisis-de-la-situacion-demografica-en-el-departamento-de-Cordoba>. 27 p.

NICARAGUA. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Manual de Autocuidado del Adulto Mayor. [En línea]. 2006. (Consultado el 22 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Nicaragua\\_Manual\\_Autocuidado\\_AMayor\\_INSS.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Nicaragua_Manual_Autocuidado_AMayor_INSS.pdf). ISBN 99924-0483-3. 35 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulos de valoración clínica: evaluación funcional del adulto mayor. [En línea]. 2002. (consultado el 16 de abril de 2011). Disponible en internet: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>. p 31 - 46.

PERÉZ MELERO, Andrés. Enfermería Geriátrica. España. Editorial Síntesis. 1995, 496 p. ISBN: 8477382999.

PROFAMILIA. Temas de sexualidad: El autocuidado. [En línea]. 2011. (Consultado el 22 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=352%3Autocuidado&catid=60&Itemid=250](http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=352%3Autocuidado&catid=60&Itemid=250). 1 p.

PUELLO ALCOCER, Elsy, CAMPOS GOMEZ, Lenis y VILLADIEGO CHAMORRO, Marlín. Cuidado del adulto mayor ubicado en el área de influencia de la Universidad de Córdoba. Montería. Diciembre de 2010. Estudio financiado por el Centro de Investigación de la Universidad de Córdoba. (CIUC). Documento sin publicar. (Consultado el 12 de marzo de 2011).



PURÓN IGLESIAS, Ileana y COUSO SEOANE, Clemente. Cualidades morales de salud en el adulto mayor. [En línea]. 1999. (Consultado el 25 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3\\_4\\_99/san06499.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3_4_99/san06499.pdf). p. 33 – 37.

REVERTE CEJUDO, D, MORENO PALOMARES, JJ y FERREIRA PASOS. Hipertensión arterial: actualización de su tratamiento. [En línea]. 1998. (Consultado: febrero-20-2011). Disponible en internet: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/hta.pdf>. p. 81- 94.

RAMUZGO ARTEZANO, Anika. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto de los cuidados que recibe de las enfermeras(os) en el servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001-2002. [En línea]. 2002. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo\\_aa/Mat\\_met.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo_aa/Mat_met.pdf). 4 p.

RUZAFÁ, Javier Cid y MORENO, Javier Damián. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. [En línea]. Marzo de 1997. (Consultado el 12 de marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.scielo.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>. p. 127 - 137.

SALAZAR AGULLO, M. Los cuidados a domicilio en Andalucía. Una aproximación desde la Enfermería Comunitaria. [En línea]. 1992. (Consultado el 19 de Marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/2/0306.php>.

SALDARRIAGA Sandoval LJ. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud

Corrales. Tumbes. Perú 2007. [En línea]. Marzo de 2010. (Consultado el 29 de agosto de 2011). Disponible en internet: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/conocHTA45.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/conocHTA45.pdf). 15 p.

SANHUEZA PARRA, Marcela, CASTRO SALAS, Manuel y MERINO ESCOBAR, José. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en Salud. [En línea]. 2008. (Consultado el 02 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso). ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532005000200004. 21 p.

SANTÍN SANTÍN, Juan José. Hipertensión Arterial: Factores de riesgo (síndrome plurimetabólico) Tabaco alcohol y menopausia. [En línea]. 1999. (consultado el 18 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://eprints.ucm.es/tesis/19972000/D/1/D1055301.pdf>. 183 p.

TAFOLLA RANGEL, Ana María. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor. [En línea]. 2007. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7DF02B57-6166-4C04-9DE9-E49A1261B0BE/0/RevEnf1012007.pdf>. 2 p.

TOBÓN CORREA, Ofelia. El autocuidado: una habilidad para vivir. [En línea]. 2003. (Consultado el 25 de marzo de 2011). Disponible en internet: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf). 12 p.

TRAPERO, Martín y TORRIJOS TORRIJOS, M. Cuidados de enfermería en el anciano con patología urológica. Madrid. [En línea]. 1993. (Consultado el 14 de julio de 2011). Disponible en internet:

<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9393110129A.PDF>. p. 129 - 148.

TRIGÁS FERRÍN, María. Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). [En línea]. 2007. (Consultado el 23 de 2011). Disponible en internet: <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeBarthel.pdf>. 3 p.

URIBE, Tulia. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. [En línea]. 1999. (Consultado el 25 marzo de 2011). Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>. 8 p.

URRUTIA, Mila. Autocuidado: cuidar de uno mismo, cuidar de todos. [En línea]. (Consultado el 12 de julio de 2011). Disponible en internet: [www.ujed.mx/ovsyg/documentos/Biblio-Autocuidado.ppt](http://www.ujed.mx/ovsyg/documentos/Biblio-Autocuidado.ppt). 18 p.

VEGA OLIVERA, Teresa y VILLALOBOS COURTIN, Alicia. Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores. Cuidando la salud del adulto mayor. Chile. [En línea]. (Consultado el 22 de julio de 2011). Disponible en internet: [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_cuidando\\_la\\_salud\\_del\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_cuidando_la_salud_del_adulto_mayor.pdf). 36p.

ZAVALA, GUTIERREZ, Mercedes, *et al.* Funcionamiento Social del Adulto Mayor. [En línea]. 2006. (Consultado 10 de febrero de 2010). Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>. p. 53-62.

## Anexo A. Encuesta



NIT 891080031-3

### FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE ENFERMERÍA

*Universidad de  
Córdoba,  
comprometida  
con el desarrollo  
regional.*

#### CAPACIDAD FUNCIONAL Y AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAMU LA GRANJA, MONTERIA, 2011

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Nombre:	Nº documento de identidad:
1.Sexo: 01 Hombre ( ) 02 Mujer( )	2. Nació en Montería: 01. Si ( ) 02. No ( )
3.Edad en años cumplidos: ( )	
4. Nivel socioeconómico: 01 Estrato 1 ( ) 02 Estrato 2 ( ) 03 Estrato 3 ( )	
5.Estado civil	
01.Soltero(a) ( )	02.Casado(a)( ) 03.Separado(a) ( ) 04.U.libre ( )
6.Grado de escolaridad:	
01.Ninguno ( )	02 P.I ( ) 03 P. C( ) 04. B. incompleto ( ) 05
06. Tecnólogo ( )	07. Técnico 08. Universidad ( ) 10. Ns. /
PI: primaria incompleta; PC: primaria completa	
7. Religión	
01. Testigo de Jehová ( )	02. Adventista ( ) 03. Católico ( ) 04. Protestante ( ) 05
8. Convivencia familiar	
01. Hijo(a) ( )	02. Nuera/ yerno ( ) 03. Hermano(a) ( ) 04. Otro. Cual?-----
9. La vivienda cuenta con servicio de:	
Agua ( ) Luz ( ) gas ( ) Alcantarillado ( ) Teléfono( ) Ningún servicio ( )	
10. Sus ingresos son	
Menos de un salario mínimo ( ) Igual SMLV ( ) Más de 1 salario mínimo ( ) SMLV: \$ 515.000	
11. Seguridad Social	
EPS:-----	
B. MANEJO Y CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)	
01. Sabe usted que es la hipertensión arterial SI ( ) NO ( )	
02. Considera importante saber que es la HTA SI ( ) NO ( )	
03. Considera difícil cumplir los cuidados que requiere la HTA SI ( ) NO ( )	
04. Cree usted que la HTA se cura SI ( ) NO ( )	

05. Cree usted que solo tomando medicamentos se cura completamente la HTA SI ( ) NO ( )
06. Considera usted que la HTA puede causar un infarto al corazón SI ( ) NO ( )
07. Considera usted que la HTA causa daño a los riñones. SI ( ) NO ( )
08. Considera usted que la HTA causa un daño al cerebro. SI ( ) NO ( )
09. Considera usted que el sobrepeso empeora la HTA SI ( ) NO ( )
<b>C. ACCIONES DE AUTOCUIDADO</b>
1. Sabe usted que es autocuidado SI ( ) NO ( )
2. Sabe usted porque es importante el autocuidado. ----- -----
3. Asiste puntualmente al control de HTA SI ( ) NO ( )
4. Toma los medicamentos según lo ordenado por el médico SI ( ) NO ( )
5. Deja su tratamiento farmacológico si no asiste a los controles mensuales de HTA SI ( ) NO ( )
6. Le da importancia a los dolores de cabeza SI ( ) NO ( )
7. Se controla la presión arterial cuando le duele la cabeza. SI ( ) NO ( )
8. Consume alimentos altos en sal. SI ( ) NO ( )
9. Usted Toma café. SI ( ) NO ( ) Cuántas tasa al día?-----
10. Usted fuma. SI ( ) NO ( ) Cuántos cigarrillos al día?-----
11. Usted controla su peso. SI ( ) NO ( )
12. Usted consume habitualmente grasas. SI ( ) NO ( )
13. Realiza usted ejercicio físico. SI ( ) NO ( )  Qué tipo de ejercicio-----y cuantas veces a la semana.....
14. Sabe su familia sabe como debe ser su alimentación. SI ( ) NO ( )

<b>DATOS DEL ENCUESTADOR</b>	
Encuestador(a):	C.C:
Fecha elaboración de encuesta:	Encuesta No.:

## Anexo B. Índice de Barthel

### ESCALA BARTHEL

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS (AVDB )	PUN- TOS
Anotar con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cual es la situación personal de la persona mayor, respecto a estas 10 preguntas de actividades básicas de la vida diaria	
<b>Comer</b>	
Totalmente independiente.	10
Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender mantequilla, etc.	5
Dependiente.	0
<b>Lavarse</b>	
Independiente, entra y sale solo del baño.	5
Dependiente.	0
<b>Vestirse</b>	
Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos.	10
Necesita ayuda.	5
Dependiente.	0
<b>Arreglarse</b>	
Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse etc.	5
dependiente	0
<b>Deposiciones ( VALÓRESE LA SEMANA PREVIA )</b>	
Continencia normal	10
Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
Incontinente.	0
<b>Micción ( VALÓRESE LA SEMANA PREVIA )</b>	
Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda si la tiene puesta.	10
Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
Incontinente.	0
<b>Usar el retrete</b>	
Independiente para ir al WC o cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
Dependiente.	0
<b>Trasladarse</b>	
Independiente para ir del sillón a la cama	15
Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
Necesita gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado solo	5

Dependiente.	0
<b>Deambular</b>	
Camina sólo 50 metros	15
Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
Dependiente.	1
<b>Escalones</b>	
Independiente para subir y bajar escaleras.	10
Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
Dependiente.	0
<b>MAXIMA PUNTUACIÓN 100, SI VA EN SILLA DE RUEDAS 90</b>	

## Anexo C. Consentimiento informado

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Al firmar el presente documento doy mi consentimiento para que el grupo investigador del programa de enfermería de la universidad de Córdoba, responsables de la investigación sobre CAPACIDAD FUNCIONAL Y AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAMU LA GRANJA. MONTERIA, 2011, que tiene como objetivo general: Determinar la Capacidad funcional y las acciones de autocuidado de los adultos mayores inscritos en el programa de hipertensión arterial del CAMU La Granja, Montería, 2011 Y como objetivos específicos:

Identificar las características socio demográfica de los adultos mayores.

Establecer la capacidad funcional de la población objeto de estudio.

Describir las deficiencias específicas encontradas en los adultos mayores.

Determinar el grado de conocimiento de los adultos mayores acerca de la hipertensión arterial.

Determinar las acciones de autocuidado realizadas por los longevos:

Se me ha informado que mi colaboración es voluntaria y que en el momento que quiera puedo desvincularme del proyecto o no responder las preguntas que me sean formuladas. Se me ha garantizado la confiabilidad de mis respuestas y que en el estudio no se me identificara con mis datos personales o de identificación

Se me ha informado que los datos de la investigación serán de conocimiento de los participantes y serán socializados por los investigadores o por la universidad de Córdoba a través de su grupo de investigadores. También se me ha indicado que al participar en el estudio no tendré beneficio económico alguno y que de encontrarme afectado en los resultados tendré todo el apoyo de la institución y orientación sobre la problemática. Los resultados me serán entregados si los solicito y que puedo contactar al grupo de investigación en los teléfonos 7851254 y 7458623 de la Universidad de Córdoba. Departamento de Enfermería

Toda la información anterior me ha sido informada y acepto participar en el estudio firmando el presente formulario de consentimiento

\_\_\_\_\_  
NOMBRES Y APELLIDOS (Del participante o su responsable)

\_\_\_\_\_  
FIRMA (Del participante o su responsable)

En caso de no saber firmar Coloque una "X" y la huella

\_\_\_\_\_  
Se acepta el consentimiento el día 11 de junio de 2011. ( Hora 9:00a.m)



## Anexo D. Formato de tabulación

### CAPACIDAD FUNCIONAL Y AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CAMU LA GRANJA, MONTERIA, 2011

#### A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

<b>SEXO</b>		
	HOMBRE	
	MUJER	
<b>EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS</b>		
	ENTRE 60 Y 70 AÑOS	
	ENTRE 71 Y 80 AÑOS	
	MAS DE 80 AÑOS	
<b>NACIO EN MONTERIA</b>		
	SI	
	NO	
<b>NIVEL SOCIECONOMICO</b>		
	ESTRATO 1	
	ESTRATO 2	
	ESTRATO 3	
<b>ESTADO CIVIL</b>		
	SOLTEROS	
	CASADOS	
	SEPARADOS	
	UNION LIBRE	
	VIUDOS	
<b>GRADO DE ESCOLARIDAD</b>		
	NINGUNO	
	PRIMARIA INCOMPLETA	
	PRIMARIA COMPLETA	
	BACHILLERATO I.	
	BACHILLERATO C.	
	TECNOLOGO	
	TECNICO	
	UNIVERSIDAD	
	NO SABE-NO RESPONDE	

<b>RELIGION</b>		
	TESTIGO DE JEHOVA	
	ADVENTISTA	
	CATOLICO	
	PROTESTANTE	
	EVANGELICO	

<b>COVIVENCIA FAMILIAR</b>		
	HIJO/HIJA	
	NUERA/YERNO	
	HERMANOS	
	OTROS	

<b>SERVICIOS DE LA VIVIENDA</b>		
	AGUA	
	LUZ	
	GAS	
	ALCANTARILLADO	
	TELEFONO	
	NINGUN SERVICIO	

<b>INGRESOS ECONOMICOS</b>		
	MENOR DE UN SMLV	
	IGUAL AL SMLV	
	MAS DE UN SMLV	

<b>EPS</b>	
SOLSALUD	
EMDISALUD	
CAPRECOM	
COMFACOR	
TOTAL	

<b>B. MANEJO Y CONOCIMIENTO DE LA PATOLOGIA</b>
---

<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. SABE USTED QUE ES LA HIPERTENSION ARTERIAL.		
2. CONSIDERA IMPORTANTE SABER QUE ES LA HTA.		
3. CONSIDERA DIFICIL CUMPLIR LOS CUIDADOS QUE REQUIERE LA HTA.		
4. CREE USTED QUE LA HTA SE CURA.		
5. CREE USTED QUE SOLO TOMANDO MEDICAMENTOS SE CURA LA HTA.		
6. CONSIDERA USTED QUE LA HTA CAUSA UN INFARTO AL		

CORAZON.		
7. CONSIDERA USTED QUE LA HTA CAUSA DAÑO A LOS RIÑONES.		
8. CONSIDERA USTED QUE LA HTA CAUSA UN DAÑO AL CEREBRO.		
9. CONSIDERA USTED QUE EL SOBREPESO EMPEORA LA HTA.		

### C. ACCIONES DE AUTOCUIDADO

	SI	NO
1. SABE USTED QUE ES EL AUTOCUIDADO.		
3. ASISTE PUNTUALMENTE AL CONTROL DE HTA.		
4. INGIERE MEDICAMENTOS SEGÚN LO ORDENADO POR EL MEDICO.		
5.DEJA SU TRATAMIENTO SI NO ASITE A LOS CONTROLES MENSUALES DE HTA		
6. LE DA IMPORTANCIA A LOS DOLORES DE CABEZA.		
7. SE CONTROLA LA PRESION ARTERIAL CUANDO LE DUELE LA CABEZA.		
8. CONSUME ALIMENTOS ALTOS EN SAL.		
9. USTED TOMA CAFÉ.		
10. USTED FUMA.		
11. USTED SE CONTROLA SU PESO.		
12. USTED CONSUME HABITUALMENTE FRITURAS.		
13. REALIZA USTED EJERCICIO FISICO.		
14. SABE SU FAMILIA COMO DEBE SER SU CONSUMO DE ALIMENTOS.		